Mutuelle et Santé

REVUE TRIMESTRIELLE D'INFORMATION DE LA MTRL – N° 101 – MARS 2019 – 1 €

LA REVUE DE LA MTRL

L'hôpital Édouard-Herriot, à Lyon, en pointe dans la recherche sur l'ostéoporose masculine

Dans ce numéro, spécial Assemblée générale

La Revue de la MTRL
Mutuelle et Santé
n° 101

En couverture : © Xray Computer / Shutterstock



La Revue de la MTRL - Mutuelle et Santé est la publication officielle de la MTRL, une Mutuelle pour tous,
37, avenue Jean-Jaurès 69007 Lyon
Tél. : 04 72 60 13 02. Fax : 04 78 60 87 25
Internet : mtrl.fr *et* mtrl-id.com
e-mail : mtrlinfocom@mtrl.fr
N° de CPPAP : 0422 M 05960.
26e année – trimestriel – mars 2019 – n° 101
Le numéro : 1 €, dans tous les bureaux et agences de la MTRL. Abonnement annuel : 4 €.
Directeur de la publication : Romain Migliorini.
Administrateur : Thierry Thévenet.
Éditeur délégué : Les Éditions du Chaland.
ISSN : 1253-921X
Impression : Roto France, 77185 Lognes.



Patience et longueur de temps…

Cela fait déjà une bonne trentaine d'années que la MTRL s'est engagée auprès du service de rhumatologie et de pathologie osseuse de l'hôpital Édouard-Herriot pour aider la recherche dans le domaine de l'ostéoporose, en proposant à plusieurs reprises à ses adhérentes de participer aux études initiées par les responsables médicaux de cet établissement. D'abord avec le professeur Pierre Delmas puis, au décès de ce dernier, avec le professeur Roland Chapurlat.

En 2006, ce service, en collaboration avec l'INSERM, a entamé un programme de recherche clinique tout à fait original puisqu'il portait sur l'ostéoporose masculine, le sexe concerné cette fois-ci semblant pourtant moins affecté par ce type de maladie que celui étudié exclusivement jusqu'à présent. Prévue pour durer huit années, cette étude originale a dû susciter un intérêt suffisamment important pour justifier, en 2014, d'un financement pour quatre années de recherche supplémentaires. Nous y sommes, et son responsable, le docteur Pavel Szulc, nous fait l'honneur dans ces pages de résumer les éléments importants à caractère médical que l'on doit en retenir.

Il dit aussi que la cohorte à partir de laquelle, avec ses collaborateurs, il a pu nourrir ses analyses était constituée à plus de 85 % d'adhérents de notre Mutuelle, un millier de personnes environ, et cette indication nous honore. Non pas que nous en concevions un mérite extraordinaire mais plutôt par ce qu'elle révèle de ce qui doit se pratiquer dans toute mutuelle digne de ce nom, à savoir s'engager pour soutenir ce qui est le plus difficile à réaliser, notamment en milieu hospitalier : rassembler des personnes motivées pour constituer, à la demande, des cohortes suffisamment nombreuses afin de pouvoir lancer des études indépendantes sans avoir recours à des financements plutôt rares et souvent intéressés.

L'occasion aujourd'hui se présente, après beaucoup de tergiversations inutiles, de relancer l'idée développée par le Pr Claude Jeandel dans notre revue à l'automne 2015, un an après le vote du Parlement de la loi sur le vieillissement. Nous écrivions alors : « Repérer les fragilités, évaluer les interventions préventives et proposer un plan personnalisé à nos adhérents qui le souhaitent seront les axes d'une action que nous désirons lancer, en collaboration avec ce praticien, dans les tout prochains mois. »*

Nos volontaires potentiels ont trois ans et demi de plus aujourd'hui, mais nous pouvons toujours compter sur eux pour participer à une œuvre utile. Pour eux-mêmes, sans doute, mais pour une évaluation globale qui intéresse aussi plusieurs services hospitaliers lyonnais, ainsi que l'ont manifesté leurs responsables présents lors de la journée Prévention santé seniors organisée à Perrache en novembre 2016.

Peut-être manque-t-il encore un dernier bouton de guêtre ?

Le président,
Romain Migliorini

* Le concept de fragilité, pp. I à VIII, *Mutuelle et Santé*, n° 87.

INFORMATION RELATIVE AU TRAITEMENT ET À LA PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Vous êtes membre adhérent de la MTRL ou bénéficiaire d'une garantie souscrite auprès de celle-ci et nous vous remercions de votre confiance.

Dans ce cadre, et afin de vous offrir la meilleure qualité de service, nous sommes amenés à recueillir, analyser, utiliser et surtout protéger vos données personnelles.

Par « données personnelles », nous entendons toute information permettant de vous identifier directement ou indirectement.

Comment et pourquoi utilisons-nous vos données personnelles ?

Nous recueillons, dans votre intérêt, dès votre adhésion et tout au long de la durée de celle-ci, un certain nombre de données vous concernant. Ces données nous sont indispensables pour vous proposer la couverture la mieux adaptée à votre situation et vous offrir le meilleur service possible, au quotidien comme en cas de sinistre.

En outre, sauf si vous vous y opposez, nous pouvons utiliser vos données personnelles pour vous proposer des produits et services complémentaires répondant à vos besoins.

Plus globalement, les données de l'ensemble de nos membres adhérents peuvent être utilisées dans le cadre de nos obligations légales, au premier rang desquelles la lutte contre le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et l'évasion fiscale.

De même, ces données peuvent aussi nous aider à défendre nos intérêts légitimes, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. Un phénomène qui pénalise toute la communauté de membres adhérents à laquelle vous appartenez et que nous nous devons de protéger. A cet égard, nous vous rappelons que tout fraudeur avéré est susceptible d'être inscrit sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et serait par conséquent dans l'impossibilité de souscrire une garantie auprès de notre mutuelle pendant cinq ans.

Enfin, nous analysons également les données de l'ensemble de nos membres adhérents à des fins statistiques, actuarielles et commerciales, notamment pour élaborer et proposer aux clients de nos agences des garanties et services adaptés à leurs besoins.

A qui sommes-nous susceptibles de communiquer vos données personnelles ?

Tout au long de votre adhésion, et notamment en cas d'accident ou de sinistre, nous pouvons être amenés à communiquer vos données personnelles à tous professionnels, autorités publiques et organismes sociaux dont le concours est nécessaire à la bonne mise en œuvre de vos garanties et au respect de nos engagements.

De même, dans le but de vous proposer des services et produits répondant à vos besoins, nous sommes susceptibles de transmettre vos données à nos partenaires commerciaux, sous-traitants et prestataires.

De même, dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme, l'évasion fiscale et la fraude, nous pouvons partager les données de nos membres adhérents avec les entités du Groupe Crédit Mutuel et avec les autorités compétentes.

Comment protégeons-nous vos données personnelles ?

La sécurité de vos données personnelles est notre priorité. Au quotidien, nos équipes informatiques veillent à les protéger afin qu'elles ne soient jamais utilisées à des fins frauduleuses et contraires à nos principes et engagements.

Parce que certaines données sont plus sensibles que d'autres, les données médicales bénéficient d'une protection renforcée. Protection informatique et logistique tout d'abord, mais aussi humaine. Ainsi toute personne amenée à utiliser des données de santé est formée puis spécialement habilitée pour le faire.

Enfin, si nous sommes amenés à communiquer vos données à un organisme situé à l'étranger, nous veillerons à ce que vos données soient traitées avec un niveau de protection équivalent à la réglementation française.

Pendant combien de temps conservons-nous vos données ?

Nous conservons vos données personnelles pendant toute la durée de vos garanties, et au-delà pendant une durée au cours de laquelle vous pouvez exercer certains de vos droits. Cette durée varie en fonction de vos garanties. Les données nécessaires à la gestion de votre adhésion à la MTRL sont conservées aussi longtemps que vous avez la qualité de membre adhérent, augmentée de la durée pendant laquelle vous ou nous pouvons faire valoir des droits résultant de cette qualité.

De même, en cas de sinistre ou de litige, nous pouvons conserver vos données jusqu'à leur résolution ou jusqu'à ce qu'aucune action liée au sinistre ou litige ne puisse plus être engagée.

Enfin, en cas d'obligation légale ou réglementaire, nous sommes contraints de conserver vos données aussi longtemps que les textes nous l'imposent.

Quels sont vos droits relatifs à vos données personnelles et comment les exercer ?

Vous pouvez vous opposer à l'utilisation de vos données personnelles à des fins commerciales, en le signalant à votre conseiller. Plus généralement, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale téléphonique de la part d'entreprises avec lesquelles vous n'avez aucun lien contractuel, vous devez vous inscrire gratuitement sur le site bloctel.gouv.fr.

A tout moment et gratuitement, vous avez un droit d'accès à vos données personnelles en notre possession.

Dans certains cas, sous réserve de motif légitime, vous disposez également d'un droit de rectification, de modification, d'effacement de vos données, ainsi que d'un droit d'opposition au traitement total ou partiel par nos soins de vos données personnelles.

Enfin, le droit à la portabilité vous permet d'obtenir les données personnelles en notre possession afin de les transmettre à qui de droit.

Pour l'exercice de ces droits, nous vous invitons à adresser votre demande à notre délégué à la protection des données. Votre demande devra être accompagnée d'une copie d'une pièce d'identité (en cours de validité) et envoyée à l'adresse suivante :

Monsieur le Délégué à la Protection des Données
63, chemin Antoine Pardon
69814 Tassin CEDEX

Vous pouvez également le contacter pour toute demande d'information ou réclamation concernant l'utilisation de vos données personnelles.

En cas de désaccord persistant, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en lui écrivant à l'adresse suivante :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
3, place Fontenoy
TSA 80715
75334 Paris CEDEX 07

L'anniversaire du 100e numéro
Les temps forts de la



Afin de célébrer comme il convient ce modeste mais symbolique événement, la MTRL avait souhaité organiser une soirée anniversaire pour témoigner de son engagement constant en faveur du bien-être et de la prévention. Cette soirée s'est tenue le 11 février à l'École normale supérieure de Lyon et a regroupé plusieurs centaines de participants.

Des invités éminents

Parmi ces derniers, on remarquait notamment M. Pierre Reichert, directeur général des ACM Assurances Crédit Mutuel, M. Gérard Cormorèche, président de la Fédération du Crédit Mutuel du Sud-Est et plusieurs dirigeants du Groupe. De même d'éminents représentants du monde de la santé avec lesquels nous collaborons de façon constante avaient répondu présents. Citons Mme Sophie Beaupère, directrice générale adjointe du Centre Léon-Bérard, M. le professeur Xavier Martin, président de l'Académie nationale de chirurgie, M. Bruno Lacroix, président de la Fondation des Hospices civils de Lyon, M. le professeur Jean-Louis Touraine, député du Rhône, président de France Transplant et du Centre d'étude des déficits immunitaires et de leur relation avec le cancer.

La soirée a également réuni de nombreux élus de municipalités dont sont issues les mutuelles communales MTRL, des partenaires institutionnels et plusieurs centaines d'adhérents de la Mutuelle et sociétaires de la Fédération du Crédit Mutuel du Sud-Est.

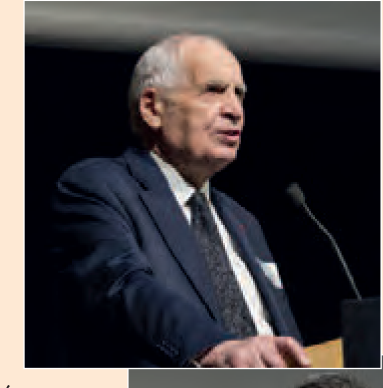


Une conférence de santé : "Améliorer et préserver les capacités de son cerveau"

Les participants ont pu assister à une conférence de très haut niveau animée par le Pr Pierre-Marie Lledo, directeur du Département neurosciences à l'Institut Pasteur (Paris), membre de l'Académie européenne des sciences, spécialiste de la dynamique cérébrale, sur le thème : "Améliorer et préserver les capacités de son cerveau". Un exposé enthousiasmant sur les richesses incroyables et souvent insoupçonnées du cerveau humain, et une approche originale et étonnante de ses capacités. Il est bon de rappeler que des liens de partenariat et de mécénat nous unissent à l'Institut Pasteur, via l'Umgos, une structure émanant de la MTRL.

de la revue *Mutuelle et Santé* soirée du 11 février 2019





Interventions de Monsieur Migliorini et de Monsieur Reichert

Le président Romain Migliorini a tenu à souligner que la revue de la MTRL, au travers de ses 100 numéros et 25 années d'existence, illustre « l'engagement constant de la MTRL pour l'information santé dans sa diversité, ses enjeux scientifiques et économiques, pour la qualité des soins et la prévention sous toutes ses formes utiles ».



Selon les termes du président, la revue *Mutuelle et Santé* est un support d'information « qui ouvre ses pages à une très large diversité d'articles : économie de la santé et environnement de la protection sociale avec l'expression de différents points de vue, infos sur les pathologies et leurs traitements, présentation des médecines complémentaires, mise en valeur de la recherche et des savoirs, comptes rendus de nos événements (colloques, forums, actions de prévention) ».

Puis il a chaleureusement remercié les professionnels de santé qui ont apporté, avec disponibilité, leur concours à cette longue histoire, ajoutant : « Il n'est pas d'enjeu plus enthousiasmant que de tout mettre en œuvre pour éviter et limiter l'impact de la maladie et de ses multiples conséquences. Prévenir c'est responsabiliser. C'est agir pour préserver son capital santé. »



Monsieur Pierre Reichert, directeur général des ACM, est également intervenu pour saluer le travail accompli par le président Migliorini, qui « a su conjuguer ce métier d'intérêt général qu'est l'assurance en y apportant une dimension essentielle, la prévention des risques et, en l'occurrence ici, la prévention en matière de santé ».

Il a tenu à saluer à nouveau le partenariat que la MTRL a su nouer avec le Crédit Mutuel et les Assurances du Crédit Mutuel depuis plus de dix ans, « Un partenariat solide basé sur les valeurs communes du mutualisme et de la mutualité. Un partenariat qui donne toute sa place à la prévention. »

Il a également souligné que, pour rendre concrète cette vision partagée, la MTRL et les ACM ont créé ensemble, il y a un an, un fonds de dotation dédié à la prévention et l'éducation en santé « pour continuer ce travail et cette vision lancés par la MTRL et le président Migliorini, notamment à travers la revue dont nous célébrons aujourd'hui le 100e numéro ».

Un amical et sympathique cocktail a permis de poursuivre cette soirée en toute convivialité. Une exposition était également consacrée à l'histoire de notre revue *Mutuelle et Santé*. Une belle soirée. ◩



Notre cerveau perd-il ses

Siège de tous nos sens, de notre mémoire et de nos pensées, le cerveau, n'a encore livré qu'une infime partie de ses secrets les plus intimes. d'un ordinateur, force est de constater que, comme toutes machines, Aujourd'hui, évaluer l'impact des années passées sur notre cerveau constitue

Dans un contexte sociétal où la durée de vie a significativement progressé depuis plusieurs décennies, les neuroscientifiques se mobilisent contre la recrudescence des maladies dégénératives du système nerveux central, comme la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson, liées à la perte de neurones avec l'âge. Nul doute qu'avec le vieillissement de la population mondiale, les traitements des affections neurodégénératives prendront une place prépondérante dans les préoccupations de la médecine moderne.


© Photographee.eu / Shutterstock

Un enjeu majeur

Le cerveau est probablement l'objet d'étude le plus complexe que nous connaissons. Les récents progrès des technosciences permettent d'en imiter les performances, voire d'en augmenter les capacités. Néanmoins, malgré une meilleure connaissance des mécanismes intimes du fonctionnement de nos circuits cérébraux, les maladies neurologiques ou psychiatriques constituent un fardeau pour la société dont le poids ne fait que croître avec l'allongement de l'espérance de vie. On estime qu'elles sont responsables de plus du tiers des années de vie perdues en Europe (décès et handicap physique ou psychique). C'est également un enjeu économique essentiel puisque 35 % des dépenses en matière de santé publique en Europe résultent d'un dysfonctionnement de nos circuits nerveux. Comprendre le cerveau pour traiter ses maladies représente donc un des enjeux majeurs pour le XXIe siècle, du triple point de vue de la connaissance, de l'innovation technologique et de la santé publique.

Quand notre cerveau déjoue Chronos

Sommes-nous véritablement condamnés à voir notre espérance de vie croître par les progrès de la médecine tandis que nos facultés mentales régressent durant les dernières années de vie ? De récentes découvertes montrent qu'il n'en est rien. Les scientifiques ont découvert que certaines régions de notre cerveau, certes restreintes, possèdent la capacité de renouveler leurs neurones à tout âge. Désormais, notre vision du cerveau ne doit plus être fixiste. De la naissance à la mort, notre cerveau se réorganise en permanence pour s'adapter aux changements incessants de notre environnement. Mon équipe s'est attachée à comprendre comment, et à quoi, ces nouvelles cellules nerveuses peuvent-elles bien servir. Cette propriété nommée “plasticité cérébrale” dépend peu de notre patrimoine génétique, mais surtout de nos expériences de vie. Plus nos expériences seront riches et renouvelées, plus grand sera le degré de plasticité du cerveau. Ainsi donc, même à l'âge adulte, le cerveau n'a pas perdu ses possibilités de se remanier. Autrement dit, comme la toile de Pénélope, notre cerveau est un chantier permanent qui ne cessera jamais son ouvrage.

Depuis quarante ans déjà, on savait que lorsqu'une information sensorielle nous parvenait (une image, un son, etc.), ce signal est traité puis stocké dans différentes régions du cerveau d'où il sera restitué si nécessaire. Ces opérations complexes sont réalisées par nos 86 milliards de

capacités avec l'âge ?

enjeu d'une longue convoitise théologique, philosophique et scientifique, Tandis que nous ne cessons de nous interroger sur ce qui sépare notre cerveau notre cerveau subit inexorablement les effets du temps. une véritable gageure pour les neuroscientifiques.

neurones connectés entre eux. Plus l'information est riche et variée, plus le nombre de contacts croît. Cette propriété, pensait-on, était restreinte au nombre de contacts, pas aux neurones, car on considérait le cerveau adulte comme un organe dépourvu de toute capacité régénératrice et condamné à perdre inéluctablement ses éléments les plus précieux : les neurones. Fort heureusement, avec d'autres, mon équipe a montré que le cerveau peut évoluer aussi grâce à sa capacité de produire des néo-neurones lorsque certaines conditions sont réunies. À la manière de la peau, du foie ou du sang, on connaît aujourd'hui au moins deux structures cérébrales des mammifères capables de produire et d'accueillir en permanence des nouveaux neurones. Il s'agit de l'hippocampe, une région clé pour la formation de nos mémoires et de nos affects, et du bulbe olfactif, le premier relais du système olfactif qui relie l'organe sensoriel situé dans la cavité nasale au cortex.

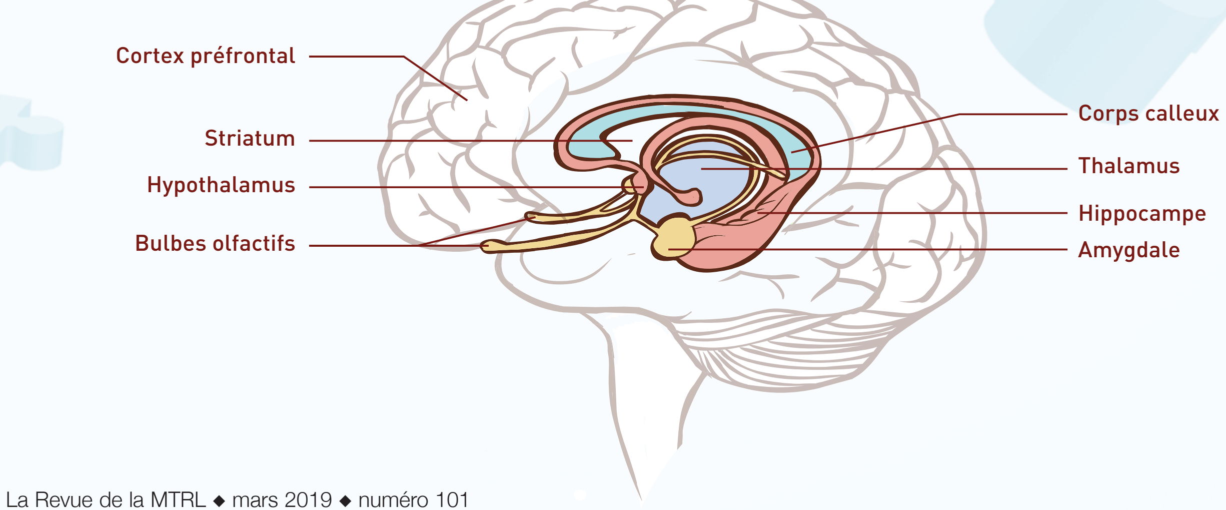
Les conséquences de cette plasticité cérébrale sont importantes : elles permettent à l'histoire d'un individu de s'inscrire sous la forme de remaniements permanents de ses réseaux de neurones. Pour le dire autrement, un sujet est capable de graver dans son cerveau la chronique de sa vie, l'histoire de ses relations passionnées avec le monde qui l'entoure.

Aujourd'hui, nous tentons dans notre laboratoire de comprendre pourquoi seules ces deux régions sont capables d'un tel exploit. Nous cherchons aussi à découvrir de nouvelles molécules capables de stimuler la fabrication des nouveaux neurones de manière ciblée puis d'acheminer ces mêmes néo-neurones vers des régions endommagées lors d'un traumatisme, d'un accident vasculaire ou d'une maladie neurodégénérative. Ces recherches ouvrent des perspectives inouïes : une étonnante palette de possibilités d'actions et de réflexions s'offre à nous et pourrait nous aider à mieux nous adapter à la dynamique du monde moderne, voire au stress,



mais aussi à intervenir pour réparer nos circuits nerveux défaillants, ou pour limiter le déclin des fonctions mentales lié à l'âge. Comme disait Nietzsche, dans *le Gai Savoir* : « *Vivre signifie repousser sans cesse quelque chose qui veut mourir.* »

Pr Pierre-Marie Lledo
Responsable de l'Unité de Recherche
« Perception et Mémoire »
à l'Institut Pasteur
Directeur de Recherche au CNRS



Ostéoporose masculine

Les fractures ostéoporotiques constituent une source de souffrance Actuellement, nous disposons de médicaments contre l'ostéoporose qui considérablement le risque de fracture. Cependant, l'identification des patients

Chez la femme ménopausée, la moitié des fractures ostéoporotiques surviennent parmi celles qui n'ont pas d'ostéoporose selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Chez l'homme âgé, ce pourcentage est même plus élevé, la majorité des fractures surviennent chez les hommes qui n'ont pas d'ostéoporose définie par leur densité minérale osseuse. Il est également à noter que les conséquences d'une fracture ostéoporotique en termes de la mortalité, de la détérioration permanente de l'état de santé et de la perte d'indépendance sont plus graves chez l'homme que chez la femme. Et cela même en tenant compte de la différence de l'espérance de vie entre l'homme et la femme ! Ainsi, une amélioration de l'identification des hommes à haut risque de fracture constitue un véritable défi scientifique et une nécessité impérieuse du point de vue clinique.

Les mesures de prévention sont possibles !

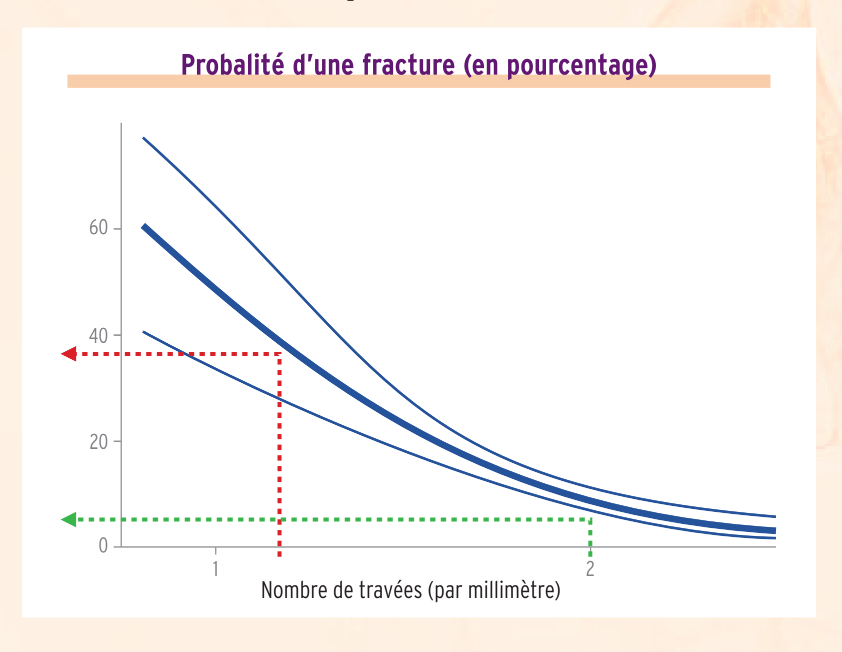
Pour cette raison, l'unité INSERM 1033 et la MTRL ont lancé en 2006 une grande étude sur l'ostéoporose masculine. Plus de 85 % des participants de cette étude sont des adhérents de la MTRL. Actuellement, nous réalisons le bilan à 12 ans, dernier bilan de ce suivi. Nous recueillons les informations sur les fractures ostéoporotiques survenues lors du suivi. Avec le microscanner, nous évaluons la microarchitecture (structure interne) de l'os au niveau de l'avant-bras et de la cheville. Ces données nous permettent d'étudier les facteurs de risque de détérioration accélérée de la microarchitecture osseuse et les caractéristiques qui permettent d'améliorer l'identification des hommes à haut risque de fracture.

Le schéma de droite des deux coupes osseuses montre l'os normal : l'os cortical (couche extérieure) est épais et uniforme, l'os trabéculaire (à l'intérieur) est composé d'un réseau dense de travées bien connectées entre elles. Le schéma de gauche montre l'os ostéoporotique : l'os cortical est fin et fissuré (corticale gauche), il y a peu de travées et elles sont mal connectées avec des espaces vides. Les études expérimentales réalisées sur les os prélevés chez les animaux montrent qu'une détérioration de la structure interne de l'os trabéculaire est associée à une diminution de la résistance mécanique de l'os et à une augmentation de sa fragilité.

Nous avons étudié l'utilité des paramètres microarchitecturaux pour la prédiction des fractures lors du suivi de 8 ans. Il s'avère qu'un nombre faible de travées est associé à un risque élevé de fracture. Le schéma montre que le risque de fracture est faible chez l'homme ayant un réseau de travées osseuses dense et bien connecté, par exemple chez l'homme ayant en moyenne 2 travées par millimètre (ligne verte), le risque de fracture à 8 ans est inférieur à 10 %, moins de 1 sur 10. En revanche, chez l'homme ayant un nombre de travées faible (ligne rouge), le risque de fracture est de l'ordre de 35 % à 8 ans, 1 sur 3. De plus, cette relation reste valable indépendamment des autres mesures du risque de fracture.

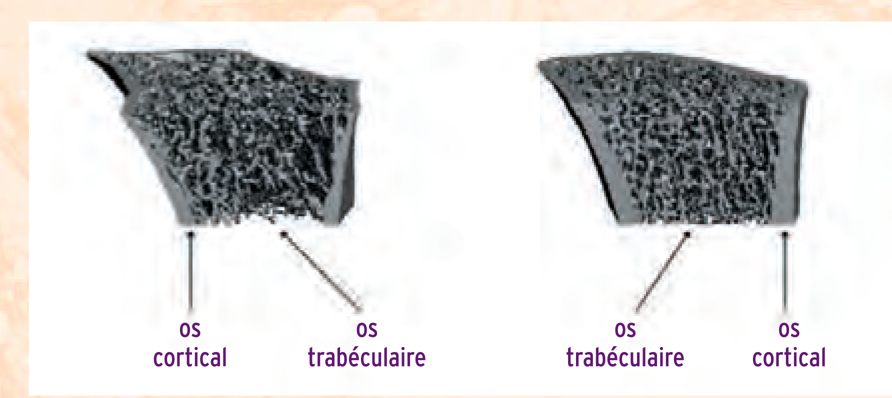
Une lumière au fond du tunnel

Bien évidemment, ces données doivent être confirmées avec un nombre plus élevé de fractures. Pour cette raison, nous continuons le



– étude STRAMBO

pour les individus et un problème majeur de santé publique.
augmentent la densité minérale osseuse et diminuent
à haut risque de fracture reste un problème dans la pratique clinique.



suivi. Ces données doivent être confirmées dans d'autres populations. L'étude STRAMBO fait partie d'un grand consortium scientifique BOMIC ayant pour but d'analyser le lien entre la microarchitecture osseuse et le risque de fracture dans les deux sexes. Le consortium BOMIC porte sur plus de 7 000 individus recrutés dans 5 pays (États-Unis, France, Suisse, Suède, Canada). Il est à noter qu'une autre cohorte lyonnaise recrutée avec la participation d'adhérentes de la MTRL et portant sur plus de 1 000 femmes (QUALYOR) fait partie du BOMIC. Toutes les analyses sont gérées par le Service d'épidémiologie et de biostatistique de l'Université Harvard à Boston (États-Unis).

Dans l'étude STRAMBO, nous nous intéressons aussi à la relation entre l'ostéoporose et les maladies cardiovasculaires. De nombreuses études montrent une coexistence de ces deux pathologies chez le même individu. Du point de vue scientifique, nous voulons comprendre les mécanismes communs à la base de ces deux maladies. Du point de vue de la pratique clinique, il est important d'étudier les caractéristiques permettant d'identifier les individus à haut risque des deux maladies. Nous avons mis en évidence qu'une concentration élevée d'une protéine sanguine, appelée ostéoprotégérine, est associée à un risque accru à la fois de fracture et d'événement cardiovasculaire. Bien évidemment, ces résultats très intéressants nécessitent une confirmation dans d'autres études et dans d'autres populations.

Enfin, on s'intéresse à la relation entre l'os et le muscle. Elle est bien connue chez les jeunes. Les sportifs de haut niveau ont un diamètre des os et une épaisseur corticale plus élevés que les témoins sédentaires du même âge. Cette différence est marquée surtout au niveau de l'os sollicité dans le sport donné ; par exemple, chez les joueurs de tennis, on observe un épaississement de l'os cortical surtout au niveau de l'humérus du bras dominant. Nous montrons que chez l'homme âgé, une force de préhension faible est associée à une perte osseuse accélérée et à une détérioration de la microarchitecture plus rapide. Cela montre que l'activité physique permet de maintenir non seulement la force musculaire, mais aussi la solidité osseuse.

Une autre analyse montre que les hommes ayant subi des fractures avant le début de l'étude ont une force de préhension et une force de jambes plus basses, un équilibre plus faible et un risque de chute plus élevé. Du point de vue scientifique, cela montre un risque réel d'un cercle vicieux déclenché par la fracture : fracture, chute, nouvelle fracture. Du point de vue pratique, cela montre l'importance d'une rééducation après la fracture. Cette rééducation permet de préserver la force musculaire et l'équilibre. Par conséquent, elle diminuera le risque de chute et de nouvelle fracture.

En résumé, notre étude apporte les informations intéressantes du point de vue scientifique et potentiellement utiles dans la pratique clinique. L'évaluation de la microarchitecture osseuse semble être utile pour la prédiction des fractures chez l'homme (affaire à suivre). Une fracture entraîne une perte de force musculaire et de capacité physique, ce qui peut augmenter le risque d'une nouvelle fracture, d'où l'importance d'une rééducation adaptée après la fracture.

Dr Pawel Szulc
INSERM UMR 1033,
Université de Lyon,
Hôpital Édouard-Herriot, Lyon

Mise au point sur le bon dans le traitement des douleurs

La vague de décès relative à la consommation médicale des opioïdes – ou leur utilisation aux États-Unis que les plus hautes autorités du pays se voient contraintes de prendre en sont mortes l'an passé. L'émission* Envoyé spécial, *sur France 2, en a montré désemparées, car il s'agit de morts pour cause de prise de substances censées soigner. sont fréquentes car il n'est pas très difficile de se procurer ce type de médicaments.

Six opioïdes forts à visée antalgique sont actuellement disponibles en France : la buprénorphine, le fentanyl, l'hydromorphone, la morphine, l'oxycodone et la péthidine.

Seule la morphine est indiquée pour les douleurs persistantes intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible. La buprénorphine, le fentanyl, l'hydromorphone et l'oxycodone sont réservés aux douleurs intenses d'origine cancéreuse.

Par ailleurs, la méthadone est un opioïde dévolu en France uniquement au traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés.

Si l'intérêt du recours aux opioïdes forts (opiacés) est aujourd'hui reconnu dans le traitement des douleurs chroniques nociceptives d'origine cancéreuse, le rapport bénéfice/risque d'une telle prescription dans le traitement de douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC) doit être évalué avec précision afin de ne pas utiliser un médicament qui pourrait soit être inefficace ou peu efficace, soit provoquer des effets indésirables délétères, voire entraîner le patient vers un état de dépendance physique et/ou psychique.

LA DÉCISION DE TRAITEMENT

La décision de la mise en route d'un traitement par un opioïde fort suppose que l'indication ait été rigoureusement discutée et qu'un contrat d'objectifs et de moyens ait été établi entre le prescripteur et son patient.

Indication

Il convient de s'assurer que :

▸ la cause somatique est clairement identifiée ;

SIX POINTS ESSENTIELS

1 ▸ la prise en charge des DCNC est globale : la plainte du patient doit être évaluée en tenant compte des facteurs somatiques, psychologiques et socio-professionnels ;

2 ▸ la stratégie d'utilisation des antalgiques par paliers préconisée par l'OMS pour le traitement des douleurs cancéreuses ne s'applique pas à tous les syndromes douloureux chroniques ;

3 ▸ le recours aux opioïdes forts dans les DCNC est un traitement de deuxième intention : les douleurs de type neuropathique (secondaires à des lésions ou à un dysfonctionnement du système nerveux) réagissent de manière imprévisible au traitement opioïde ;

4 ▸ certains syndromes douloureux chroniques sont peu sensibles aux opioïdes et constituent une non indication, notamment ceux dont le mécanisme physiopathologique n'est pas clairement établi ;

5 ▸ en cas de doute sur l'indication, il faut savoir solliciter un avis spécialisé auprès d'un praticien d'une structure de prise en charge de la douleur ;

6 ▸ les risques liés à l'usage des opioïdes forts doivent être pris en compte :

- survenue d'effets indésirables : essentiellement, troubles digestifs (nausées, vomissements lors de l'instauration du traitement ; constipation avec nécessité fréquente d'avoir recours à un traitement laxatif pendant toute la durée du traitement), confusion, sédation, effets dysphoriques, altération du réflexe de toux, dépression respiratoire. Chez les sujets très âgés, il conviendra d'être particulièrement vigilant ;
- possibilité d'induire une dépendance physique et/ou psychique ou un phénomène de tolérance ;
- lors d'une utilisation au long cours : éventuelle survenue d'un dérèglement endocrinien, d'une altération des réponses immunitaires, peut-être d'altérations génétiques en rapport avec des propriétés génotoxiques potentielles.

UN PRINCIPE DE RÉFÉRENCE

Au terme d'une période test, le rapport bénéfice/risque de l'utilisation d'un opioïde fort est considéré comme favorable si l'effet antalgique est jugé significatif par le patient et le médecin et les effets indésirables mineurs, en l'absence d'effets connexes (abus, dépendance).

usage des opioïdes forts chroniques non cancéreuses

comme drogue parmi d'autres – a pris une telle ampleur, ces dernières années, des mesures sévères pour ralentir l'expansion de ce fléau – près de 80 000 personnes récemment des images épouvantables, où l'on voit des familles de victimes totalement En France, le nombre de décès par overdose est bien moindre, mais les addictions Voici la mise au point que fait l'Afssaps sur le bon usage de ces produits.

- la douleur est intense et non suffisamment calmée par les traitements étiologiques ;
- les traitements antalgiques symptomatiques « usuels » (autres que les opioïdes forts) sont inefficaces alors qu'ils ont été correctement prescrits et évalués ;
- les éléments du contexte psychologique personnel, familial, et socio-professionnel, ayant éventuellement favorisé la persistance au long cours de la douleur, ont été évalués :
  - ce bilan peut, si possible, être réalisé dans une structure pluridisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur ;
  - cette évaluation est indispensable en cas d'antécédents d'abus, de dépendance, de toxicomanie, ou de troubles graves de la personnalité ;
  - lors de situations complexes, en particulier avec retentissement psychosocial important, il peut être utile de recourir à un avis spécialisé psychiatrique et/ou psychologique.

Le traitement opioïde doit être intégré dans une prise en charge globale, faisant appel à d'autres traitements médicamenteux et à des traitements non médicamenteux (psychothérapie, traitement physique et réadaptatif).

Contrat d'objectifs et de moyens

Le traitement ne sera instauré qu'à la suite d'une information donnée par le médecin et acceptée par le patient concernant les objectifs thérapeutiques, les conditions et modalités de prescription, de suivi et d'arrêt éventuel du traitement. Cette démarche impose à chacun un code de conduite permettant une utilisation maîtrisée du médicament.

Avant le traitement, il est nécessaire d'expliquer au patient le choix du traitement opioïde fort dans le cadre d'une prise en charge globale, et la nécessité d'y recourir pour tenter de soulager la douleur.

Le patient devra être informé des éléments suivants :

- si le traitement ne permet peut-être pas de supprimer toute douleur, il doit apporter un soulagement significatif afin de permettre une amélioration fonctionnelle et de la qualité de vie, une reprise des activités familiales, sociales ou professionnelles ;
- un seul médecin doit centraliser et coordonner la prescription et il est souhaitable que le patient s'adresse au même pharmacien. Des éléments relatifs à la réglementation en vigueur peuvent être communiqués (par exemple : les règles de prescription et de délivrance particulières) ;
- les doses et les horaires de prise prescrits doivent être respectés ;
- la posologie et la durée du traitement doivent être adaptées en fonction de l'évolution de la douleur, de la survenue d'effets indésirables ou de problèmes connexes à la prescription apparus au cours du traitement ;
- il existe un risque de dépendance : une dépendance physique conduit à un risque de syndrome de sevrage en cas d'interruption trop rapide du traitement ; elle doit être différenciée de la notion de dépendance psychique (addiction) pouvant survenir chez tous les patients, mais particulièrement chez des sujets prédisposés ;
- les modalités de surveillance doivent être explicitées : en particulier, une augmentation anormalement rapide de la posologie peut traduire une tolérance ou une conduite addictive ;
- le traitement doit être interrompu et une réévaluation doit être effectuée en cas :
  - d'absence d'efficacité ;


© Mike Focus / Shutterstock

- d'épuisement de l'effet en dehors d'une aggravation de la pathologie somatique responsable de l'état algique ;
- d'effets indésirables importants et/ou non contrôlés par les médicaments appropriés ;
- de survenue d'un comportement incompatible avec une prescription au long cours (non observance du programme thérapeutique global proposé, mésusage itératif, développement d'une dépendance psychique).

INITIATION ET SUIVI DU TRAITEMENT

Choix de la forme galénique

Le choix de la forme galénique est déterminé par le rythme nycthéméral de la douleur, ses éventuels facteurs déclenchants, ou par l'existence d'accès douloureux intercurrents. Ainsi :

- une douleur quotidienne intense et permanente conduit à recommander une forme à libération prolongée (LP) ;
- des douleurs intenses mais intermittentes peuvent justifier le recours à une forme à libération immédiate (LI).

Dans le cadre de douleurs chroniques non cancéreuses, l'administration en ambulatoire par les voies parentérales est à proscrire sauf si le recours à la voie orale s'avère impossible.

Initiation du traitement

Il est recommandé de débuter avec une posologie faible. Chez l'adulte, la dose recommandée est de l'ordre de 10 à 30 mg de morphine orale LP, 1 à 2 fois par jour, en tenant compte des horaires diurnes ou nocturnes de la douleur, du terrain (par exemple : sensibilité particulière des sujets âgés), et d'éventuelles pathologies en cours (insuffisances hépatique, rénale, respiratoire) ou associations médicamenteuses. Chez le sujet très âgé, il convient de débuter le traitement avec une posologie encore plus faible, de l'ordre de 2.5 à 5 mg de morphine orale LI, 4 à 6 fois par jour.

La recherche de la posologie avec le meilleur rapport bénéfice/effets indésirables s'effectue au cours de la titration par une augmentation progressive de la posologie antérieure représentant au maximum le tiers de la dose journalière précédente.

Les modifications des doses et la correction d'éventuels effets indésirables justifient au minimum un suivi hebdomadaire au cours du premier mois de traitement.

Au terme de cette période de titration, la décision de poursuivre ou d'interrompre le traitement est prise en fonction de l'évaluation du rapport bénéfice/effets indésirables.

Traitement d'entretien

Les avantages et inconvénients de la prescription et les modalités d'observance du programme thérapeutique sont évalués tous les 28 jours lors des consultations de suivi.

La posologie est adaptée en fonction de la pathologie en cause et de la présence d'effets indésirables importants et/ou non contrôlés.

L'augmentation de la posologie est réalisée selon la procédure utilisée lors de la titration.

Chez l'adulte, une réponse insuffisante pour des posologies journalières supérieures à 120 mg de morphine doit obligatoirement conduire à une réévaluation des mécanismes de la douleur et à une remise en cause de l'intérêt du traitement par un opioïde fort.

Chez le sujet très âgé, à la fin de la période de titration par la forme LI, la dose quotidienne peut être convertie en morphine LP.

RAISONS ET MODALITÉS D'ARRÊT DU TRAITEMENT

Le traitement doit être interrompu en cas :

- de non respect du contrat d'objectifs et de moyens entre le prescripteur et le patient (non respect de la prescription, mésusage, abus répétés …) ;
- d'absence de soulagement satisfaisant après le premier mois de traitement ;
- d'amélioration substantielle de la symptomatologie douloureuse, des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie, par le biais de traitements plus spécifiques ou non médicamenteux ;

L'arrêt du traitement doit toujours être progressif pour éviter un syndrome de sevrage :

- la diminution de la posologie peut être réalisée par une diminution maximale de 1/3 de la dose précédente chaque jour, au mieux chaque semaine en cas de traitement prolongé ;
- tout arrêt de traitement, pour inefficacité, impose une nouvelle évaluation du syndrome douloureux chaque semaine pendant la durée de réduction de la posologie avec si possible l'avis et le soutien de praticiens expérimentés dans le domaine du traitement de la douleur chronique.



Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

Les cas graves d'abus et de pharmacodépendance doivent être transmis aux CEIP (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance). Les observations d'effets indésirables graves ou inattendus doivent être transmises aux CRPV (Centres régionaux de Pharmacovigilance).

Ce document a été réalisé à partir des évaluations d'un groupe d'experts de l'Afssaps, des réseaux nationaux de pharmacodépendance et de pharmacovigilance et de la Société d'Etude et de Traitement de la Douleur (SETD). Afssaps (B. Bannwarth, A. Castot, C. Caulin, C. Deguines, N. Dumarcet, C. Gatignol, V. Lavergne, S. Legrain, D. Masset, C. Messina-Gourlot, F. Piette, A. Rouleau), réseau national de pharmacodépendance (M. Lapeyre-Mestre, M. Mallaret), réseau national de pharmacovigilance (A. Coquerel), SETD (JP. Alibeu, S. Blond, J. Bruxelle, JB. Caillet, E. Collin, G. Cunin, C. Delorme, M. Dousse, R. Duclos, A. Eschalier, M. Filbet, MT. Gatt, I. Krakowski, M. Lanteri-Minet, A. Margot-Duclot, G. Mick, M. Navez, J. Nizard, S. Perrot, C. Ricard, R. Treves, P. Vergne).

https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/409572c1abe862d46f52e80e2d4a537f.pdf

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MTRL

MERCREDI 17 AVRIL 2019

RAPPORT D'ACTIVITÉ DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Un partenariat amplifié avec le Crédit Mutuel Alliance Fédérale,

- *une optimisation des réseaux commerciaux*
- *une vocation renforcée en faveur de la prévention*

UN CONTEXTE DE RÉFORME

Chacun peut en faire le constat : le devenir de nos systèmes de santé et de protection sociale est, depuis de longues années, l'enjeu de nombreuses réformes dont les objectifs visent toujours à améliorer la qualité, l'efficacité et la gestion de notre santé publique.

À ce titre, le plan "Ma santé 2022" ne déroge pas à la règle en proposant un ensemble de mesures visant à transformer et moderniser l'organisation des soins avec diverses mesures ambitieuses telles que la fin du numerus clausus, permettre une meilleure coordination entre médecine de ville et hôpitaux, réviser la carte hospitalière pour un nouveau schéma territorial favorisant des filières de prises en charge hospitalières graduées et adaptant et spécialisant les établissements, proposer un meilleur suivi des maladies chroniques, revoir les modes de financement et de tarification des actes hospitaliers, étendre la télémédecine ou encore élargir l'utilisation des données de santé…

Il est évidemment trop tôt pour évaluer l'impact de ce plan. La MTRL, qui a vu passer une multitude de réformes, reste évidemment attentive et vigilante.

Rappelons que notre système d'assurance maladie gère 1,2 milliard de feuilles de soins, 500 millions d'actes médicaux et quelque 11 millions d'hospitalisations !

UNE DEMANDE DE SOINS NATURELLEMENT ÉLEVÉE

La consommation médicale correspond aux dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale, et la complémentaire santé est directement impactée par cette augmentation de consommation puisque nous venons en complément des remboursements de la Sécurité sociale. Si les remboursements Sécurité sociale augmentent, les prestations des complémentaires augmentent de fait.

Il en va ainsi des soins médicaux qui se sont encore accrus de près de 4 % l'an dernier et notamment pour les consultations de généralistes et spécialistes ou les auxiliaires médicaux.

La consommation médicale s'accroît également du fait de l'augmentation du nombre des actes médicaux, de la mise sur le marché de nouveaux médicaments plus coûteux (grâce à la recherche médicale) ou encore par un meilleur suivi des affections médicales nécessitant des contrôles plus fréquents et plus coûteux (scanner, IRM, etc.)

Notre pays aura largement dépassé les 200 Mds€ en dépenses de santé en 2018.

LES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES

Pour 2019, diverses mesures de nature réglementaire modifient également nos interventions. Les bases de remboursements des soins dentaires en application de la nouvelle convention dentaire de 2018. Citons, par exemple, le traitement des caries (+ 48 %), le traitement de racines (+ 27 %), l'extraction dentaire (+ 16 %) ou encore la prise en charge de nouveaux actes tels que les prothèses provisoires.

Des mesures d'encadrement des tarifs des prothèses dentaires sont également définies mais elles n'entreront en vigueur qu'en 2020.

Soulignons également la hausse de la contribution des organismes complémentaires au forfait patientèle attaché au médecin traitant (taxe qui correspond environ à 0,8 % des cotisations) et la prise en charge par la Sécurité sociale de nouveaux médicaments innovants qui seront donc aussi remboursés par les organismes complémentaires.

LA MISE EN ŒUVRE À VENIR DES DISPOSITIFS DU "ZÉRO DE RESTE À CHARGE"

Une autre réforme est engagée et prendra toute sa place à compter du 1er janvier prochain. Elle concerne l'intégration dans tous les contrats santé d'offres définies sans restes à charge sur des biens médicaux optique, dentaire et audioprothèses. Un important travail de mise en conformité sera donc réalisé sur tous nos contrats et il engage les compétences et le savoir-faire des équipes expérimentées de notre Groupe (gestion, informatique…).

Les critères du contrat responsable vont donc intégrer des garanties exemptes de reste à charge pour des équipements dont chacun devra pouvoir bénéficier. En optique (monture et verres), en prothèses dentaires et en audioprothèse (2021 pour une offre totalement sans reste à charge). Ces garanties s'appliqueront à un panier de prestations encadré qui ne couvrira

naturellement pas toutes les dépenses. Les professionnels de santé pourront continuer à proposer des prestations hors du panier de soins et les contrats de complémentaire santé auront également la possibilité de disposer de contrats allant au-delà de ces conditions.

On estime à plus de 4 Mds€ les restes à charge en optique, dentaire et audioprothèses. L'enjeu est donc de savoir qui assumera la charge financière d'un nouveau panier de soins sans reste à payer…

15 ANS DE PARTENARIAT AVEC LE CRÉDIT MUTUEL ALLIANCE FÉDÉRALE

Dès 2004, la Mutuelle s'est engagée dans un partenariat puissant et solide avec le Crédit Mutuel Alliance Fédérale. Une décision basée sur des valeurs partagées et des relations de longue date. On peut ainsi rappeler que la MTRL fut à l'origine de la création de la première caisse de Crédit Mutuel en région lyonnaise.

Grâce à cette force de groupe, la MTRL a consolidé ses compétences, ses services (la carte Avance Santé en est l'exemple) et construit sa pérennité économique, sécurisant ainsi la relation avec ses adhérents.

Ce partenariat est à la mesure des évolutions considérables qui affectent nos métiers depuis de nombreuses années : modifications des lois, accroissement des contraintes, des règles de conformité, poids des charges et de la fiscalité, exigences financières constamment accrues.

AMPLIFICATION DE CE PARTENARIAT ET NOUVEAUX OBJECTIFS : UNE ÉVOLUTION NATURELLE

Ces réalités vont encore s'amplifier en 2019, ce qui nous invite à consolider plus fortement encore notre partenariat. Le réseau commercial de la MTRL va donc être intégré au sein du Crédit Mutuel Alliance Fédérale. Cette décision de bon sens, naturelle et cohérente permettra d'unir nos équipes, optimiser nos coûts et valoriser nos atouts complémentaires.

Cette décision du Conseil d'administration, fruit d'un travail attentif, entrera en vigueur, progressivement, au cours de l'année. L'activité de chaque agence MTRL sera intégrée au sein de la Caisse du Crédit Mutuel la plus proche. Nos adhérents conserveront leurs droits et leurs interlocuteurs dans une parfaite continuité. Et de nouveaux services digitaux seront disponibles.

Dans le même temps, la MTRL est chargée de porter et faire vivre, au sein du Groupe, son expérience majeure et concrète dans le domaine de la prévention, affirmant ainsi sa vocation et son expérience en termes d'éducation, d'information et de promotion de la qualité de santé. Une priorité souhaitée par notre Groupe en faveur de la prévention. C'est un défi passionnant, à la mesure de nos ambitions communes.

MTRL : UNE ACTIVITÉ ÉQUILIBRÉE QUI SE RENFORCE PAR RAPPORT À 2017

En 2018, avec un encaissement global de l'ordre de 117,6 M€, en hausse de 6,2 %, la MTRL présente un résultat net équilibré et en amélioration par rapport à 2017.

Soulignons notamment une hausse pondérée des prestations l'an dernier, soit + 4,3 %. Une augmentation qui concerne tous les soins médicaux, les hospitalisations, les travaux dentaires, les frais d'optique… Les cotisations couvrent ces volumes et les frais de gestion évoluent avec l'accroissement du portefeuille.

De même, notre fichier de contrats obligatoires collectifs s'accroît dans un contexte de stabilisation technique.

Précisons que la part des contrats CAS, Aide à la Complémentaire Santé, régis par la loi, est significative. La MTRL en a obtenu l'agrément de distribution, ce qui suscite une augmentation correspondante des commissions versées aux réseaux apporteurs de notre groupe (Crédit Mutuel Alliance Fédérale, CIC). La MTRL présente un résultat maîtrisé. La réassurance auprès des ACM sécurise notre activité. Elle illustre la force de groupe.

La situation dynamique de nos fonds propres reste le fruit d'une gestion prudente et attentive.

MUTUELLES COMMUNALES : INNOVATION, SOLIDARITÉ ET PRÉVENTION

La MTRL poursuit l'animation de ses Mutuelles communales. Rappelons qu'il s'agit, pour une mairie ou une Communauté de communes, de proposer à ses habitants une offre de complémentaire santé négociée, à adhésion individuelle mais avec les avantages d'une démarche collective. Ces contrats originaux et mutualisés répondent à leurs objectifs. À ce jour, ces contrats protègent déjà plus de 2 600 bénéficiaires.

La MTRL ajoute une action distinctive et spécifique dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé : conférences thématiques (nutrition, médecines complémentaires), spectacles suivis de conférences (prévention cancers, troubles du sommeil, mémoire et Alzheimer, sport et santé…).

LA MTRL ACTEUR DE PRÉVENTION ET PÔLE MUTUALISTE SANTÉ

La MTRL apporte à notre Groupe son expérience et son engagement constant en faveur de la prévention et de la promotion de la qualité de santé. Cette priorité est même l'un des axes majeurs du plan stratégique défini par le Crédit Mutuel Alliance Fédérale (2019-2023). Cet objectif est enthousiasmant, par les valeurs de bien-être, de responsabilité et de progrès qui caractérisent l'enjeu prévention. Toute l'histoire de la MTRL en témoigne.

La MTRL, pôle prévention santé du Crédit Mutuel Alliance Fédérale, a maintenu un important ensemble d'actions de prévention et de temps forts institutionnels. Grâce à un réseau de professionnels de santé de tout premier plan avec lesquels la Mutuelle travaille de façon très collaborative.

Citons par exemple : les travaux de la Commission prévention du Conseil d'administration qui assure un lien de réflexion et d'échanges sur les actions menées par notre Groupe, la revue trimestrielle *Mutuelle et Santé* dédiée à l'information et l'économie de la santé, une page Facebook MTRL axée sur les actions menées par la Mutuelle, du mécénat sportif,

le soutien à la Fondation Saint-Irénée et au Centre Léon-Bérard, des événements santé dans le cadre des Mutuelles communales tels que des soirées spectacles et conférences autour du sommeil, de la maladie d'Alzheimer, la cardiologie, Octobre rose. La Mutuelle multiplie les initiatives.

On peut également souligner l'originalité et la pertinence de notre action de prévention de l'AVC avec Neuro-Coach. Là encore, du concret pour la santé.

CONFÉRENCES, COLLOQUE… LA MTRL CRÉE L'ÉVÉNEMENT

Depuis déjà quatre ans, la mutuelle propose aussi un riche programme de réunions thématiques de prévention sur des sujets fortement axés sur des thèmes divers (troubles de la mémoire, diététique et nutrition, ostéopathie, sophrologie, cohérence cardiaque…). Ce programme se poursuit en 2019. En 2018, la MTRL a également organisé plusieurs réunions d'adhérents associées à des conférences de santé.

D'autres temps forts :

- Les 28 et 29 juin 2018 à Cuiseaux (71) : 2 jours d'ateliers et conférences santé autour des médecines complémentaires (diététique, sophrologie, chiropractie, homéopathie) et une rencontre avec les enfants de l'école primaire pour aborder la nutrition.
- Le 29 septembre 2018, à Lyon, le 8e Colloque MTRL d'économie de la santé sur le thème "L'hôpital en attente d'une réforme globale". Plusieurs experts étaient réunis pour évoquer la complexité des enjeux qui touchent à la réforme de notre système hospitalier.
- Dans une démarche de groupe, la MTRL s'est associée à la Fédération du Crédit Mutuel du Sud-Est pour organiser l'an dernier deux grandes conférences de santé cette année à Lyon. En mars, sur le sommeil, avec le Dr Patrick Lemoine et en novembre, sur la mémoire, avec le Dr Bernard Croisile.

UN FONDS DE DOTATION POUR L'ÉDUCATION ET LA PRÉVENTION

Destinée à témoigner de l'engagement majeur du Groupe en faveur de la prévention, la récente création du Fonds de dotation des ACM pour l'Éducation et la Prévention en santé s'appuie tout particulièrement sur l'acquis et le savoir-faire de la MTRL. Et c'est une première étape vers la création souhaitée d'une fondation.

Présidée par Romain Migliorini et riche d'un conseil scientifique regroupant d'éminents professionnels de santé, cette structure œuvre à créer un fonds documentaire issu de l'expérience de la MTRL s'agissant de la prévention et l'information santé (écrits, revues, vidéos, conférences, colloques, actions menées…). Le Fonds de dotation favorise échanges, idées et initiatives préventives et témoignera, en la prolongeant et l'amplifiant au sein du Crédit Mutuel Alliance Fédérale, de l'œuvre entreprise par la MTRL. La santé des enfants est l'un de ses premiers objectifs de travail.

DES CONVENTIONS DE MÉCÉNAT ET DE PARTENARIAT

De plus, on peut ajouter que l'Umgos, ancienne structure des œuvres sociales de la MTRL, a conclu des conventions de mécénat et de partenariat avec :

- Le Centre Léon-Bérard,
- La Fondation des Hospices Civils de Lyon,
- L'Institut Pasteur,
- L'association France Transplants,
- Le Centre d'Études sur les Déficits Immunitaires et leur relation avec le cancer,
- L'Académie Nationale de Chirurgie
- L'association APPEL (association qui œuvre au service des enfants atteints de leucémie et autres cancers et qui accompagne également les familles).

Des donations qualitatives permettent et facilitent l'acquisition d'équipements scientifiques de dernière génération, des programmes de recherche, l'avancée thérapeutique, le soutien aux malades… On retrouve les valeurs de progrès constamment défendues par la MTRL.

Les contreparties de ces partenariats à forte valeur humaine bénéficieront au Fonds de dotation : supports d'information, conférences, colloques, événements spécifiques, rencontres…

Depuis sa création, le développement de la MTRL a toujours été le fruit de choix avisés de la part du Conseil d'administration, choix qui ont permis de faire vivre et se développer une mutuelle de référence, proche, innovante et entreprenante, en particulier dans le domaine de la prévention.

Ajoutons également que le Conseil d'administration a coopté, dans sa réunion du 3 décembre 2018, un nouvel administrateur expérimenté, Monsieur Didier Vieilly.

Enfin, il y a quelques semaines, la Mutuelle a célébré avec fierté le 100e numéro de sa revue *Mutuelle et Santé*. 25 ans déjà ! Un bel anniversaire, un témoignage majeur d'une vocation constante en faveur de la santé et du bien-être.



SYNTHÈSE DU RAPPORT DE GESTION DE L'EXERCICE 2018

ACTIVITÉ ET CHIFFRE D'AFFAIRES

Le chiffre d'affaires de la MTRL s'élève à 117,6 M€, en hausse dynamique de 6,2 % par rapport à l'exercice précédent. Il est composé à 69,9 % des contrats complémentaires santé individuels, à 13 % de l'offre spécifique médecine douce (produit Réflexe Prévention Santé) et à 17 % des contrats collectifs de santé complémentaire.

À fin 2018, le portefeuille enregistre une baisse de 5 % et totalise 189 309 contrats contre 199 356 contrats en 2017.

Le portefeuille de contrats individuels complémentaire santé atteint 88 439 contrats, en hausse de 5 % par rapport à l'année précédente. Cette hausse se concentre sur les contrats ACS (Aide à la Complémentaire Santé) dont le portefeuille atteint 50 830 contrats, en progression de 15,6 %.

La MTRL fait partie de la liste restreinte des organismes sélectionnés par les pouvoirs publics pour la diffusion des contrats homologués ACS (Aide à la Complémentaire Santé). Pour rappel, les contrats ACS bénéficient d'une aide financière de l'État et se déclinent en 3 niveaux de couverture. Ils garantissent aux assurés un tiers payant intégral pour l'ensemble des frais de santé. La MTRL est la seule société du Groupe des Assurances du Crédit Mutuel à proposer cette offre. L'ensemble des contrats vendus par les réseaux Crédit Mutuel et CIC est donc assuré par la MTRL.

Le chiffre d'affaires généré par le portefeuille ACS s'élève à 31,8 M€, soit 27,1 % du chiffre d'affaires de la société, dont 28,8 M€ apportés par les réseaux Crédit Mutuel et CIC. Hors ACS, le chiffre d'affaires progresse de 1,4 %.

Le portefeuille Réflexe Prévention Santé (RPS) compte 98 341 contrats. Il affiche une baisse de 12,9 % suite à l'arrêt de la commercialisation par les réseaux Crédit Mutuel et CIC à compter d'avril 2018. Le chiffre d'affaires apporté par ces deux réseaux s'élève à 14,6 M€ pour un total de 15,3 M€.

Les contrats collectifs de santé complémentaire poursuivent leur progression satisfaisante avec un portefeuille qui s'établit à 2 529 contrats à fin 2018 contre 2 281 en 2017 pour un chiffre d'affaires de 21 M€.

ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'EXERCICE

En 2018, les primes acquises augmentent de 6,4 % par rapport à l'exercice précédent. La charge de sinistres évolue plus modérément (+ 4,3 %), en raison notamment de bonis sur exercices antérieurs et d'une légère amélioration du S/P (rapport prestations/cotisations) de l'exercice courant.

RÉSULTATS DE L'EXERCICE 2018*

Produits	
Cotisations vie et non-vie	117 483
Cotisations non-vie réassurées	– 114 094
Produits financiers *(hors frais de gestion des placements)*	895
Autres produits et services rendus	987
Produits exceptionnels	14
Commissions reçues des réassureurs	21 783
Total	**27 068**
Charges	
Prestations vie et non-vie	96 165
Prestations non-vie réassurées	– 93 090
Frais de gestion	23 001
Charges exceptionnelles	264
Impôt sur les résultats	19
Total	**26 358**
Résultat de l'exercice	**710**

(* en milliers d'euros)

La MTRL a versé 94,2 M€ de prestations à ses adhérents (hors frais de gestion), contre 90,3 M€ en 2017, soit une progression de 4,3 % (+ 15,4 % en 2017). Par ailleurs, des provisions pour sinistres à payer ont été constituées pour un montant de 16,4 M€ (contre 14,8 M€ fin 2017).

Les règlements et provisions augmentent du fait de la progression du portefeuille. Le S/P de l'exercice courant s'améliore légèrement pour s'établir à 84,4 % (84,9 % en 2017). Le produit RPS notamment conserve son niveau de résultat avec un S/P exercice courant toujours bien orienté à 54 % (54,4 % en 2017). Les bonis ressortent en augmentation, à 3 M€ contre 2 M€ en 2017. L'amélioration du S/P de l'exercice courant et des bonis en hausse modérée contribuent à améliorer le résultat technique brut de la société en 2018.

La formation du résultat est détaillée dans le tableau ci-contre.

Les charges de gestion

La MTRL adhère au "GIE ACM" qui gère les moyens communs aux sociétés du GACM. Les frais de gestion sont constitués des charges engagées directement par la société et de la part des charges communes remboursées au GIE.

Les charges de gestion (commissions, frais et autres charges techniques) s'élèvent à 23 M€ contre 22,8 M€ pour l'exercice précédent. Elles représentent 19,6 % des primes acquises, soit un point de moins qu'en 2017 (20,7 %), et se décomposent ainsi :

- 3,9 M€ de commissions, en baisse de 5 % (4,2 M€ en 2017) ;
- 19,19 M€ de frais de gestion, en progression de 2,2 % (18,69 M€ en 2017). Cette progression est essentiellement liée à la progression du chiffre d'affaires de la société et est corrélée aux évolutions constatées au niveau du GIE ACM. Par ailleurs, les frais liés au budget commercial de la MTRL sont en baisse de 13 %.

Les charges de gestion de la MTRL se ventilent par destination et par nature comme indiqué dans le tableau ci-contre.

DÉTAIL DES CHARGES DE GESTION 2018*

		(%)
Frais d'acquisition	10 179	8,7 %
Frais d'administration	3 631	3,1 %
Frais de gestion des sinistres	7 128	6,1 %
Autres charges techniques	2 044	1,7 %
Sous-total	22 982	19,6 %
Frais de gestion des placements	19	0,0 %
Total	**23 001**	**19,6 %**

		(%)
Commissions	3 947	3,4 %
Frais de gestion	19 054	16,2 %
Total	**23 001**	**19,6 %**

(* en milliers d'euros)

Les délais de paiement clients et fournisseurs

En application de la circulaire FFA du 29 mai 2017, les informations relatives aux délais de paiement figurant dans le rapport de gestion ne portent pas sur les opérations d'assurance et de réassurance.

Les frais de gestion et autres honoraires sont réglés par le GIE à vue. Par conséquent, il n'y a pas de facture en retard de paiement.

La réassurance

Depuis plusieurs années, la MTRL est réassurée en quote-part auprès d'ACM IARD SA afin de garantir le niveau de ses fonds propres et sa solvabilité. Suite à la fusion-absorption par ACM IARD SA d'ACMN IARD SA à effet du 1er janvier 2018, ACM IARD SA est devenu l'unique réassureur de la MTRL.

Le réassureur a pris en charge 93,1 M€ de sinistres (89,2 M€ en 2017).

Le résultat de cession est en faveur de la MTRL à hauteur de 0,7 M€ contre 3,5 M€ en 2017.

Les produits financiers

Les produits financiers nets des frais de gestion des placements s'élèvent à 0,9 M€ à fin 2018, en tassement de 4,6 % par rapport à 2017.

En 2018, les produits financiers présentent un rendement de 1,6 % rapportés à l'encours moyen des placements (1,75 % en 2017).

ANALYSE DU BILAN

Le total du bilan de la MTRL s'élève à 87 M€ à fin 2018 (85,4 M€ à fin 2017).

BILAN 2018

Actifs incorporels	**51**	**Fonds mutualistes et réserves**	**43 523**
		Fonds de dotation sans droit de reprise	1 014
Placements	**56 263**	Écarts de réévaluation	1 262
Terrains et constructions	2 665	Réserves	40 536
Placem. dans les entrepr. liées et lien de participation	2 888	Report à nouveau	
Autres placements	50 710	Résultat de l'exercice	710
Part des cessionnaires dans les prov. techniques	**17 509**	**Provisions techniques brutes**	**19 529**
Provisions pour cotisations non acquises	2 103	Provisions pour cotisations non acquises	2 132
Provisions d'assurance vie		Provisions d'assurance vie	450
Provisions pour prestations à payer	15 406	Provisions pour prestations à payer	16 389
		Autres provisions techniques	557
Créances	**11 795**	**Provisions pour risques et charges**	**2**
		Dettes dépôts réassurées	**17 064**
Autres actifs	**747**	**Autres dettes**	**5 987**
Comptes de régularisation actifs	**603**	**Comptes de régularisation passifs**	**862**
Total	**86 968**	**Total**	**86 968**

Fonds mutualistes et réserves

Les fonds propres de la MTRL s'élèvent à 43,5 M€ au 31.12.2018 contre 42,8 M€ à fin 2017. Cette augmentation de 0,7 M€ correspond au résultat de l'exercice.

Placements financiers

Les placements inscrits à l'actif du bilan, y compris éléments de surcote/décote, ont une valeur nette totale de 55,9 M€ contre 51,1 M€ un an auparavant, en progression de 9,4 % sur l'exercice.

La valeur de réalisation de ces placements atteint 60,1 M€. La plus-value latente nette globale s'élève à 4,2 M€ contre 5,2 M€ à fin 2017. Elle représente 7,5 % de la valeur nette comptable (10,2 % fin 2017).

La gestion financière prudente de la MTRL se traduit par une allocation d'actifs orientée vers les produits de taux (81,9 %) et peu vers les actions (3,2 %).

La valeur nette comptable des produits de taux de la MTRL atteint 45,8 M€ fin 2018 (42,8 M€ en 2017). La valeur de réalisation s'élève à 49 M€, soit une plus-value latente de 3,2 M€ (4,1 M€ à fin 2017) représentant 6,9 % de la valeur comptable (9,5 % en 2017), dans un contexte de stabilisation des taux d'intérêts obligataires à des niveaux bas.

Les placements immobiliers sont constitués d'immeubles détenus en direct et s'élèvent à 2,7 M€, soit 4,8 % du montant total des placements. La plus-value latente sur les immeubles atteint 1,1 M€, en hausse par rapport à la situation à fin 2017 (0,9 M€).

La part des placements monétaires est stable et représente 10,1 % du montant total des placements (9,9 % fin 2017).

La part des placements en actions reste faible puisqu'elle demeure inférieure à 4 %.

Les provisions pour dépréciation durable sont calculées conformément aux dispositions du Code des Assurances et du Règlement ANC n° 2015-11. La provision pour dépréciation durable n'a pas été dotée en 2018.

Compte tenu de la situation de plus-value latente nette sur les actifs relevant de l'article R. 212-53, la provision pour risque d'exigibilité n'a pas été dotée à fin 2018.

AFFECTATION DU RÉSULTAT

Le résultat de l'exercice 2018 s'élève à 0,7 M€.

En l'absence de droits d'adhésion, le conseil d'administration propose d'affecter le résultat de l'exercice aux réserves statutaires.

RÉMUNÉRATION

Les administrateurs ne sont pas rémunérés.

Le total des frais remboursés et indemnités versées aux membres du conseil au titre de l'exercice 2018 est de 50 574,85 € répartis entre :

- 15 623,62 € de frais de déplacement
- 29 601,23 € de frais de mission/réception
- 5 350 € d'indemnités forfaitaires de déplacement.

ÉVÉNEMENTS POSTÉRIEURS À LA CLÔTURE

Le conseil d'administration de la MTRL qui s'est réuni le 3 décembre 2018 a procédé à la nomination de Madame Sabine Klein, avec effet au 1er janvier 2019, en qualité de Dirigeant opérationnel afin de pourvoir au remplacement de Monsieur Étienne Depeyre.

PERSPECTIVES

Le modèle de développement de la MTRL s'est appuyé pendant plus de 50 ans sur une présence forte auprès des entreprises et sur un réseau d'agences à Lyon et sa région, et plus récemment en Saône-et-Loire.

Ce modèle atteint aujourd'hui ses limites dans un contexte de marché de l'assurance complémentaire santé individuelle et collective qui s'est profondément modifié suite à la mise en place de l'ANI. L'accroissement des contraintes réglementaires et l'évolution des attentes et des comportements des clients ont également participé à cette transformation du marché. Les dernières années, le développement de la MTRL a été davantage porté par les ventes réalisées dans les réseaux Crédit Mutuel et CIC.

Ce constat pragmatique et notre force de Groupe ont conduit la MTRL à démarrer, en toute cohérence, un processus de rapprochement de son réseau d'agences avec le réseau Crédit Mutuel. En 2019, les agences MTRL seront transférées vers les réseaux Crédit Mutuel Sud-Est et Crédit Mutuel Centre-Est Europe. Ces deux réseaux seront en charge de la relation avec les adhérents MTRL et de la gestion de leurs contrats. En parfaite pérennité.

Parallèlement, l'État a annoncé la fusion au 1er novembre 2019 de l'aide à la complémentaire santé (contrats ACS) avec la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). À compter de cette date, les contrats seront résiliés à l'échéance principale et les bénéficiaires de l'ACS basculeront sur un contrat unique. Ils auront toutefois la possibilité de demander leur bascule dès le 1er novembre, sans attendre l'échéance du contrat. Ce portefeuille, qui représente en 2018 31,8 M€ de primes pour la MTRL, sera ainsi résilié en totalité au 31 octobre 2020.

COMMISSAIRES AUX COMPTES

Commissaire aux comptes titulaire : Cabinet Ancette et Associés, représenté par M. Ploquin Jérôme, renouvelé lors de l'Assemblée Générale du 18 mai 2016, dont le mandat arrivera à échéance lors de l'Assemblée Générale statuant sur les comptes de l'exercice 2021.

Commissaire aux comptes suppléant : Cabinet Premier Monde, représenté par M. Bonnepart Philippe, renouvelé lors de l'Assemblée Générale du 18 mai 2016, dont le mandat arrivera à échéance lors de l'Assemblée Générale statuant sur les comptes de l'exercice 2021.

POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES FINANCIERS

La Mutuelle est peu exposée aux risques financiers.

Risque actions et immobilier La Mutuelle est peu exposée aux risques financiers sur les actions et l'immobilier.

Risque de taux La Mutuelle est peu exposée au risque de taux.

Risque de change La Mutuelle n'est pas exposée au risque de change.

AUTRES MENTIONS OBLIGATOIRES

Le Conseil d'administration de la MTRL a arrêté les comptes ci-dessus présentés lors de sa séance du 27 février 2019.

Outre les éléments financiers que nous soumettons à votre approbation chaque année, le Code de la Mutualité (article L. 114-17) ajoute les mentions obligatoires ci-dessous :

- Prise de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de Commerce : NÉANT
- Liste des organismes avec lesquels la mutuelle ou l'union établit des comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité : NÉANT
- Ensemble des rémunérations versées au dirigeant opérationnel : NÉANT
- Liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle : ACTUALISÉE (se rapporter à l'annexe du rapport de gestion)
- Transferts financiers entre la Mutuelle et les autres mutuelles ou union : NÉANT
- Pour les mutuelles ou leurs unions relevant du livre II, le montant et les modalités de répartition pour l'année écoulée de la participation aux excédents : NÉANT
- La déclaration prévue au I de l'article L. 225-102-1 du Code de commerce ou la déclaration prévue au II du même article lorsque les conditions prévues au 2° du I du même article, le cas échéant sur une base consolidée ou combinée, sont remplies : NON APPLICABLE

RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES SUR LES COMPTES ANNUELS

Exercice clos le 31 décembre 2018

Aux adhérents de la mutuelle,

Opinion

En exécution de la mission qui nous a été confiée par votre assemblée générale, nous avons effectué l'audit des comptes annuels de la mutuelle MTRL relatifs à l'exercice clos le 31 décembre 2018, tels qu'ils sont joints au présent rapport.

Nous certifions que les comptes annuels sont, au regard des règles et principes comptables français, réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la société à la fin de cet exercice.

L'opinion formulée ci-dessus est cohérente avec le contenu de notre rapport au comité d'audit.

Fondement de l'opinion

Référentiel d'audit

Nous avons effectué notre audit selon les normes d'exercice professionnel applicables en France. Nous estimons que les éléments que nous avons collectés sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion.

Les responsabilités qui nous incombent en vertu de ces normes sont indiquées dans la partie « Responsabilités du commissaire aux comptes relatives à l'audit des comptes annuels » du présent rapport.

Indépendance

Nous avons réalisé notre mission d'audit dans le respect des règles d'indépendance qui nous sont applicables, sur la période du 1er janvier 2018 à la date d'émission de notre rapport, et notamment nous n'avons pas fourni de services interdits par l'article 5, paragraphe 1, du règlement (UE) n° 537/2014 ou par le code de déontologie de la profession de commissaire aux comptes.

Villeurbanne, le 5 mars 2019
Jérôme Ploquin
Commissaire aux comptes
Cabinet Ancette & Associés

[Ce texte est un résumé succint du rapport des commissaires aux comptes, qui comporte des éléments nombreux représentant une trentaine de pages que nous ne pouvons faire figurer dans l'espace réduit de cet encart. L'intégralité du document sera publiée sur le site *mtrl.fr* où chaque adhérent pourra en prendre connaissance sur son espace personnel.]

Rapport annuel 2018 du Conseil d'Administration sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion

Contexte

Le présent rapport est établi en application des articles L116-1 à 4 du Code de la mutualité. L'article L116-4 exige du Conseil d'Administration un rapport annuel qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion.

En 2004, la MTRL a adhéré au Groupement d'Intérêt Economique ACM et bénéficie à ce titre de l'ensemble des moyens que le groupement met à la disposition de ses membres : ressources humaines, système d'information, (…). Il est important de souligner à cet endroit que l'adhésion au GIE ACM ne peut être assimilée à une sous-traitance, le GIE ACM étant un outil au service de ses membres.

Ainsi que le rappelle le Mémorandum de Gouvernance de la MTRL et plus précisément sa Politique de sous-traitance, la Mutuelle conserve la maîtrise de son activité et ne délègue pas à des tiers des tâches propres à son métier. Elle ne délègue pas la gestion de ses contrats, ni la gestion des sinistres. Par conséquent, le présent rapport portera uniquement sur les opérations d'intermédiation.

Périmètre

La MTRL est une mutuelle régie par le Livre 2 du Code de la mutualité. Fondée en 1965, la MTRL est agréée pour pratiquer des opérations dans les branches accident, maladie et vie-décès.

Ses statuts l'autorisent à proposer à ses membres des garanties d'assurance portées par un autre organisme (I) et à recourir à des intermédiaires pour la diffusion de ses propres produits (II).

I. L'ACTIVITÉ D'INTERMÉDIATION DE LA MTRL

Le renforcement progressif du partenariat entre le Groupe des Assurances du Crédit Mutuel (ci-après GACM) et la MTRL a conduit la Mutuelle à diffuser au travers de son réseau d'agences les produits des sociétés du GACM.

La MTRL propose donc des solutions d'assurance qui lui permettent de compléter l'équipement assurance et la protection de ses adhérents, dans des domaines d'assurance que la Mutuelle ne pratique pas (produits de prévoyance individuelle, produits automobiles et IRD). Ceux-ci sont conçus par le GACM qui en porte le risque. La Mutuelle se charge de présenter et proposer à ses adhérents les produits de l'Assureur, le cas échéant, elle aide à la conclusion des contrats.

Le tableau suivant présente le nombre de contrats en portefeuille par branche ainsi que le chiffre d'affaires du réseau MTRL sur les produits du GACM et les commissions versées à la MTRL en 2018.

	Chiffre d'affaires 2018 (en k€) du réseau MTRL sur les produits du GACM	Commissions versées à la MTRL en 2018 (en k€)	Portefeuille du réseau MTRL 31/12/2018 Nombre de contrats
Auto	1 172	140	3 216
Habitation et autres IRD	889	145	4 157
Santé individuelle	157	24	3 169
Prévoyance individuelle	950	163	5 284
Collectif	126	4	8[1]
Épargne	2	0	17

1. Il s'agit du nombre de souscriptions et non du nombre d'adhésions individuelles.

II. LE RECOURS À DES INTERMÉDIAIRES

Pour des contrats spécifiques, la MTRL a recours à des intermédiaires (A), qu'elle contrôle par la mise en place de procédures (B).

A. Les types d'intermédiaires

La MTRL a recours au réseau bancaire CM-CIC pour la distribution des produits Santé Labellisé, Réflexe Prévention Santé (RPS), Aide à la Complémentaire Santé (ACS), à des courtiers afin de développer son offre santé collective (2) et plus spécifiquement le contrat Aide à la Complémentaire Santé (ACS) (3). Le recours à d'autres courtiers externes reste marginal (4).

1) Le recours au réseau bancaire pour la distribution des produits RPS, Santé labellisé, ACS

Le renforcement du partenariat entre le GACM, la MTRL et le réseau CM-CIC a également permis à la MTRL d'élargir la distribution de ses produits au-delà de ses secteurs historiques d'implantation que sont le Rhône et la Saône-et-Loire. Ainsi, les produits RPS, ACS et Santé Labellisé (LA) de la MTRL sont commercialisés dans le réseau du Groupe CM-CIC.

Le contrat RPS peut être souscrit seul ou en complément d'une complémentaire santé et vise à rembourser des soins non couverts par la sécurité sociale. Il s'agit de prise en charge des médecines douces (ostéopathe, médicaments homéopathiques, coaching en ligne …).

Le contrat Santé Labellisé permet de proposer aux collectivités territoriales et établissements publics un contrat leur permettant de participer financièrement à la protection complémentaire santé de leurs agents.

L'ACS est un dispositif réservé aux personnes à faibles revenus pour leur faciliter l'accès à une assurance maladie complémentaire grâce à une réduction du montant de la cotisation. Cette aide est accordée pour un an renouvelable aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond ouvrant droit à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et ce plafond est majoré d'un pourcentage défini par la loi. Dans le cadre du dispositif de l'ACS, qui s'applique depuis juillet 2015, les pouvoirs publics ont homologué, notamment, le contrat « MTRL ».

Le tableau suivant présente le nombre de contrats en portefeuille par produit (RPS, Santé Labellisée (LA), ACS) et par réseau bancaire ainsi que le chiffre d'affaires de la MTRL y afférent et les commissions versées à ces réseaux en 2018.

	Chiffre d'affaires de la MTRL sur les produits RPS, ACS et LA 2018 (en k€)			Commissions versées aux réseaux bancaires par la MTRL en 2018 (en k€)			Portefeuille de la MTRL 31/12/2018 Nombre de contrats		
	RPS	ACS	LA	RPS	ACS	LA	RPS	ACS	LA
Réseau Crédit Mutuel	10 216	19 413	2 722	1 162	980	202	65 621	31 496	2 982
Réseau CIC	4 388	9 372	515	464	469	44	27 890	15 153	563
Monabanq	2	–	–	0	–	–	17	–	–

En 2018, le chiffre d'affaires généré par la distribution effectuée par le réseau bancaire CM-CIC des produits RPS, ACS et Santé Labellisé a représenté 46 626 K€ soit près de 40 % du chiffre d'affaires total de la société (117 591 K€).

En 2018, 24 626 affaires nouvelles ont été souscrites dans le réseau bancaire CM-CIC, soit plus de 92 % du nombre d'affaires nouvelles totale (26 626) souscrites au cours de l'année.

S'agissant du produit RPS, plus de 91 % des souscriptions ont eu lieu dans le réseau bancaire CM-CIC au cours de l'année 2018, soit 3 558 contrats pour un total de 3 901 souscriptions.

2) Le développement de l'offre santé collective via le réseau de courtiers

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) conclu en janvier 2013, prévoit la généralisation de la couverture santé à l'ensemble des salariés du secteur privé. Ainsi, à partir du 1er janvier 2016, tout employeur doit proposer une couverture complémentaire santé collective à tous ses salariés, en complément des garanties de base d'assurance maladie de la sécurité sociale. La réforme induite par l'ANI a représenté des opportunités de développement du portefeuille collectif de la MTRL.

La MTRL a développé des partenariats avec les courtiers ci-dessous afin de développer son offre santé collective.

	Commissions versées aux courtiers par la MTRL en 2018 (en K€)	Portefeuille de la MTRL 31/12/2018 Nombre de contrats
Asselio	295	174
Cocea	8	1 en nombre de souscriptions[2]
Raxonati Solutions	0[3]	10 en nombre de souscriptions[4]

2 Il s'agit du nombre de souscriptions et non du nombre d'adhésions individuelles.
3 Il n'y a pas de commission versée pour l'instant.
4 Il s'agit du nombre de souscriptions et non du nombre d'adhésions individuelles.

3) La distribution du contrat complémentaire santé Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS)

La MTRL commercialise ce produit dans son propre réseau mais également par l'intermédiaire des courtiers externes listés ci-dessous.

Il s'agit de courtiers connus du GACM puisqu'ils distribuent déjà des produits de la société Sérénis Assurances.

	Commissions versées aux courtiers par la MTRL en 2018 (en €)	Portefeuille de la MTRL 31/12/2018 Nombre de contrats
April mon assurance	46 889	1 276
Sandii	352	6
Assurances Allouche	416	13
Sea/Montsegur Assurances	833	18
Ventoux Courtage	354	9
H&L Courtage	116	2
Soca	519	12
Assurvosges	139	3
Dombes Bresse Courtage	335	10

4) Les autres courtiers

À l'exception des cas décrits ci-dessus, le recours au courtage pour la vente des produits MTRL reste marginal.
À noter le partenariat avec La Médecine Libre – Courtage Assurance et Procourtage SAS, filiale du GACM.

	Commissions versées aux courtiers par la MTRL en 2018 (en €)	Portefeuille de la MTRL 31/12/2018 Nombre de contrats
Procourtage Particulier	1 853	52
La Médecine Libre	164 735	1 781

B. Le dispositif de suivi et de contrôle des intermédiaires

La maîtrise du risque d'intermédiation requiert la connaissance des partenariats conclus avec les intermédiaires d'assurance. À cette fin, la MTRL s'appuie sur les procédures mises en place par le GACM pour suivre et contrôler les intermédiaires auxquels elle a recours.

S'agissant des entités du Crédit Mutuel, celles-ci sont contrôlées par les fonctions centrales de contrôle du Groupe Crédit Mutuel (permanent, conformité, périodique).

Les courtiers externes au Groupe auxquels la MTRL a recours sont sélectionnés conformément à la politique d'externalisation du GACM, ce qui implique des vérifications au moment de l'entrée en relation (immatriculation ORIAS, capacité professionnelle, honorabilité…), la mise en place de conventions de distribution, un recensement des partenariats, un suivi régulier de la relation contractuelle.





ASSOCIATION PHILANTROPIQUE DE PARENTS D'ENFANTS ATTEINTS DE LEUCÉMIE OU AUTRES CANCERS



Notre revue souhaite vous faire découvrir l'engagement généreux, concret et solidaire de l'Association APPEL en faveur des enfants souffrant de leucémie et d'autres cancers et soutenant leurs familles. Une œuvre empreinte de valeurs humaines qui mérite d'être mieux connue. Un partenariat nous lie à cette association et nous permet ainsi d'accompagner ses actions.

Association Loi 1901, à but non lucratif, enregistrée à la Préfecture du Rhône : W691052510
Créée en 1978 par un groupe de parents soucieux d'améliorer le sort des enfants hospitalisés
Reconnue d'intérêt général
Adhérente de l'UNAPECLE (Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants atteints de Cancer ou Leucémie)

L'objectif de l'APPEL est d'améliorer le quotidien des enfants et des jeunes atteints de leucémie ou autres cancers et d'accompagner leurs familles.

Les traitements des cancers et hémopathies malignes nécessitent pour les enfants, adolescents et jeunes adultes de longues périodes d'isolement en chambre protégée, jusqu'à plusieurs mois parfois.

L'association est animée par une équipe de bénévoles dont la volonté, depuis plus de 40 ans, est d'apporter un soutien moral et matériel aux enfants et à leurs familles et d'aider la recherche en cancérologie pédiatrique.

PARCE QU'UN ENFANT MALADE EST AVANT TOUT UN ENFANT,

l'APPEL aide les enfants à conserver les repères de leur vie d'avant la maladie par l'organisation et/ou le financement d'activités ludiques et éducatives à l'hôpital :

- anniversaires
- Mardi-gras
- kermesse
- Halloween
- Noël
- ateliers de cuisine
- spectacles divers
- classes vertes et blanches
- mise à dispositionde robots de téléprésencepour maintenir le lien familial sociétal et scolaire.

PARCE QU'UN ENFANT MALADE C'EST UNE GRANDE INJUSTICE,

l'APPEL les aide à mieux supporter les conséquences liées à la maladie en finançant :

- les séances de sophrologie et d'hypno-analgésie
- les soins de support (réflexologue/socio-esthéticienne)
- la médecine chinoise
- le projet de prise en charge de la douleur chronique ou provoquée
- un éducateur en APA (activité physique adaptée)
- le soutien pédagogique aux soins (livrets explicatifs)
- le dépassement des prothèses capillaires
- les rêves d'enfants.

PARCE QU'UN ENFANT MALADE A AUSSI UNE FAMILLE DERRIÈRE LUI,

l'APPEL accompagne les parents et la fratrie pendant toute la durée de la maladie :

- permanences hebdomadaires à l'hôpital
- propositions de soins de bien-être pour les parents
- règlement de factures pour les dépenses de la vie courante
- tickets repas pour les parents séjournant à l'hôpital
- cartes carburant
- hébergement gratuit des familles éloignées
- aide au confort de vie des parents à l'hôpital.

PARCE QUE NE PAS POUVOIR SAUVER TOUS LES ENFANTS FAUTE DE MOYENS, c'est juste INSUPPORTABLE !

L'APPEL finance la recherche, notamment la recherche clinique permettant l'avancée des protocoles.

Vous souhaitez nous aider ?

Adressez un chèque libellé au nom de l'APPEL au 10, quai Rambaud 69002 Lyon, accompagné de vos nom, prénom et adresse pour l'envoi du reçu fiscal
ou
Procédez à un virement – en mentionnant vos coordonnées – depuis le site :
https://www.apayer.fr/appelrhonealpes

Votre don est déductible à 66 % de votre impôt dans la limite de 20 % de votre revenu imposable (Pour les entreprises : 60 % dans la limite de 0,5 % de leur CA)

Contacts

Association APPEL
Siège social : 33, boulevard Jean-XXIII, 69008 Lyon
Adresse postale : 10, quai Rambaud, 69002 Lyon
appel-rhone-alpes@wanadoo.fr 06 66 13 37 48
www.facebook.com/appel.association
www.appel-rhone-alpes.com

Présidente de l'Association APPEL : Madame Rose Fromont
rose.fromont@wanadoo.fr

G. Doré. *La Divine Comédie* [l'Enfer], de Dante.

“Vous qui entrez ici,

Notre monde se porte mal, et le sentiment qu'il pourrait faire un collapsus à court terme commence à envahir les esprits. Disparition de nombreuses espèces animales, pollution des océans, épuisement des ressources minérales, élévation de la température moyenne du globe, augmentation continue de la population mondiale, menace permanente d'une crise financière contenue seulement par la création artificielle de monnaie générant une dette mondiale himalayenne, et *last but not least* le risque d'un conflit nucléaire général dont, bien sûr, personne ne veut mais qui peut toujours éclater par dérapages successifs jusqu'à l'embrasement total. C'est sûr que “la maison brûle”, mais pourquoi regardons-nous ailleurs ?

Les bonnes intentions ne manquent pas, et de plus en plus nombreux sont ceux qui se mobilisent, défilent, pétitionnent pour “sauver la planète” – qui en a vu bien d'autres depuis quatre milliards cinq cents millions d'années d'existence et qui, si désastre global, s'en remettrait bien vite, elle. Nous, par contre, sommes assurés du contraire, et sans privilèges aucuns pour les élites économiques et financières qui dirigent les affaires du monde. Alors, pourquoi donc continuer dans cette recherche mortifère d'une croissance sans frein fondée sur une boulimie de consommation inextinguible qui épuise les ressources de la Terre et menace notre existence même ?

La réponse, nous explique Sébastien Bohler*, est logée tout au fond de notre cerveau : « Le cerveau humain est programmé pour poursuivre quelques objectifs essentiels, basiques, liés à sa survie à brève échéance : manger, se reproduire, acquérir du pouvoir, le faire avec un minimum d'efforts et glaner le maximum d'informations sur son environnement. Ces cinq grands objectifs ont été le leitmotiv de tous les cerveaux qui ont précédé le nôtre sur le chemin accidenté de l'évolution des espèces vivantes. Et ce depuis les premiers animaux qui ont vu le jour dans les océans à l'ère précambrienne, il y a un demi-milliard d'années, jusqu'au dirigeant d'entreprise qui règne sur des milliers d'employés et gère le cours de ses actions depuis son smartphone. Ils n'en ont pas dévié. Les mécanismes qui régissent leurs actions sont à la fois simples, robustes et ils ont traversé le temps en conservant certaines caractéristiques essentielles. »

Très schématiquement, c'est le striatum, structure nerveuse logée au cœur du cerveau, qui gère cette mécanique infernale par la récompense, sous forme de dopamine, pour la réalisation des objectifs cités plus haut : nourriture, sexe, domination sous toutes ses formes, des plus simples aux plus élaborées en fonction de l'évolution de nos civilisations. En parallèle, notre cortex préfrontal, siège de la pensée abstraite et de la conscience de soi, a du mal à proposer la modération nécessaire à ces puissantes injonctions inconscientes de ce cerveau reptilien qui gère l'essentiel de notre comportement social.

Il ne faut pas s'en plaindre puisque ce système a permis à toutes les espèces animales de survivre – ou de se remplacer faute d'adaptation – pendant des millions d'années, sauf que l'espèce humaine, de par ses aptitudes propres, notamment son inventivité, a réussi à bouleverser le rythme de cette évolution, et sa nature même, en à peine quelques années. Souvenons-nous que la vitesse de déplacement des hommes sur la terre ferme, il y a moins de deux siècles, se limitait à la vitesse de course du cheval, et que les premiers bateaux à vapeur, nés à peu près à la même époque, n'ont vraiment remplacé la marine à voile qu'à partir du milieu du XIXe siècle.

Aujourd'hui, l'appareil industriel mondial, relayé par une organisation commerciale capable de satisfaire en quelques heures, ou quelques jours tout au plus, la commande des particuliers, a des capacités de production qui dépassent de loin la couverture des besoins essentiels des individus. La boulimie de consommation de produits plus haut de gamme s'entretient et s'exacerbe par un activisme publicitaire de tous les instants qui joue sur l'ego d'une clientèle toujours plus vaste qui ne demande qu'à croire


© Creative Commons

Vouloir apaiser sa faim en mangeant de l'aurochs était un exercice périlleux.

abandonnez toute espérance”


C’est toujours le plus fort qui assure la descendance.

© Vlad Sokolovsky / Shutterstock

à l’illusion de promotion sociale que procure, sur le moment du moins, l’achat qu’elle vient de faire. Ce que résume ainsi l’auteur : « La catastrophe consumériste dans laquelle nous sommes engagés n’existerait pas sans ces deux ingrédients : le cerveau d’un primate et la technologie d’un dieu. »

Cette idéologie de la croissance est aujourd’hui partagée par toutes les structures de pouvoir sur la planète, qui en ont fait une véritable religion, dont la perversité se traduit, dans l’économie, par l’obsolescence programmée aussi bien de l’électroménager que des voitures et surtout du matériel technologique, ordinateurs, smartphones, téléviseurs, etc. dont la pérennité se compte en à peine quelques années, pour ne pas dire quelques mois. « La croissance, nous dit l’auteur, est le dogme qui innerve les moindres organes de nos sociétés. Même devant une catastrophe qui menacerait de façon imminente nos modes de vie, nous ne cesserions pas de prôner la croissance. La croissance est sur toutes les lèvres, dans tous les programmes politiques, au cœur de tous les choix économiques. Le point de croissance est l’étalon-or de toutes les analyses économiques, le credo des journaux télévisés. »

Ce besoin insatiable de consommer, qui ne supporte pas la moindre attente, a des raisons biologiques qui expliquent cette difficulté, voire cette impossibilité, à se projeter réellement dans cet avenir très sombre qui nous menace. « Les bénéfices du “tout, tout de suite” nous ont aidés à survivre sur des échelles de temps que nous avons du mal à imaginer. Il s’agit d’ères géologiques, s’étendant sur des millions d’années. Des durées qui façonnent durablement les structures de base du cerveau humain. Cette période de temps a créé de solides connexions entre les neurones, au cœur du disque dur de nos systèmes nerveux. Que ce soit clair : pendant des dizaines de millions d’années, les animaux possédant un striatum configuré pour préférer les récompenses immédiates ont réussi à se maintenir en vie, et les autres ont été purement et simplement éliminés de la course de l’évolution. Par une conséquence mathématique, tous les vertébrés que nous observons aujourd’hui ont hérité de ce moteur d’impulsivité – et, malheureusement, de cette cécité face au futur. »

Le sous-titre du livre de Sébastien Bohler (Pourquoi notre cerveau nous pousse à détruire la planète et comment l’en empêcher) voulait certainement laisser entendre qu’il existait malgré tout des possibilités d’éviter le pire pour notre avenir, montrer que tout n’est pas perdu, mais ce balancement entre le fort déterminisme de la destruction qui court sur l’essentiel de l’ouvrage au regard de la modicité, sinon la faiblesse, de l’argumentation sur l’éventualité d’y échapper, par un ressaisissement essentiellement personnel et d’une portée évidemment réduite, signifie assez que la lutte est inégale. Comment le lui reprocher : les faits sont têtus et le striatum semble l’être encore davantage.


© H. Daumier, *Le Banquier.*

Cet ouvrage d’un scientifique de haut niveau se lit avec facilité car il manie avec beaucoup d’élégance l’anecdote vécue, souvent très amusante, et des concepts techniques toujours référencés – malheureusement presque tous en langue anglaise – qui demeurent largement accessibles pour un lecteur simplement attentif. Nos responsables politiques devraient s’en imprégner car cela les éclairerait sur leur propre comportement en tant qu’individus ordinaires. L’un d’entre eux, en France, a prétendu récemment « qu’ils étaient trop intelligents » pour que le vulgum pecus saisisse la qualité substantifique de leur action. Il serait du plus grand intérêt que cette lumière veuille bien livrer son corps à la science pour que l’on puisse mesurer si son cortex préfrontal fait vraiment le poids face à un striatum dominateur.

Christian Charron

* Sébastien Bohler est polytechnicien, docteur en neurosciences, et rédacteur en chef de la revue *Cerveau&Psycho*. Il a participé à deux colloques d’économie de la santé organisés par la MTRL. (sur le transhumanisme en 2015 et la médecine génomique en 2017). Le 17 avril prochain, il fera une conférence sur la maladie de Parkinson à l’issue de l’assemblée générale de la MTRL.

La folie a un passé

Le 1er octobre 2018, le Dr Patrick Lemoine, médecin psychiatre spécialiste du sommeil, animée par la journaliste Olivia Gesbert, à l'occasion de la sortie d'une **Histoire de** *Nous connaissons bien le Dr Patrick Lemoine à la MTRL, souvent invité pour Dans le dernier numéro de* **Mutuelle et Santé,** *nous avions mis le lien de cette car nous ne parlons guère ici de psychiatrie, et cet entretien est d'une qualité rare, tant*


© Jérôme Bosch, *La Nef des Fous*, Musée du Louvre, Paris.

On est tous le fou de l'autre. Patrick Lemoine donne une définition toute simple de la folie : *« Nous appelons "folie" le monde mental d'un autre que nous ne comprenons pas. » « Le fou est celui qui sort de notre entendement »*, **ajoute Boris Cyrulnik. Nous n'entendons que ce qui nous est familier, c'est le problème. Une définition toute simple de la folie comme cette chose qui arrive à l'autre et qui est hors norme.**

▸ Ce n'est pas pour rien qu'autrefois les psychiatres s'appelaient des "aliénistes", puisque le mot "aliéné" vient de *alienus* qui signifie "autre" en latin, donc tout ce qui n'est pas moi est forcément fou : puisque l'autre ne pense pas comme moi, il n'est donc pas normal. À partir du moment où l'on comprend cela, on réalise que très souvent on considère comme fous des gens qui sont juste d'une autre culture, ou qui ont une autre opinion. Par exemple, un des chapitres où, sous Staline, on parlait de la schizophrénie torpide ou schizophrénie blanche, il s'agissait de gens qui n'avaient aucun symptôme, rien. Simplement, comme ils ne pensaient pas comme la pensée soviétique, ils ne voulaient pas le bien de l'humanité et étaient donc forcément fous : il fallait les envoyer au goulag. C'est l'exemple typique de l'autre qu'il faut sacrifier.

Une définition d'autant plus difficile que le fou est celui dont le comportement s'écarte de la norme, qui a un comportement "a-normal", or la norme est culturelle. Est-ce à dire qu'il y a autant de folies que de cultures, si la folie est le produit de nos cultures ?

▸ Je n'irais pas aussi loin parce qu'il y a également le poids de la génétique et celui de la biologie. Nous savons qu'une maladie comme la schizophrénie, quelle que soit l'époque, quelle que soit la culture, concerne 1 % de la population, et le trouble bipolaire 2 %. Il y a donc des invariants. En revanche, on pourrait prendre pour schizophrènes des personnes qui sont originales et issues d'une autre culture, comme on pourrait prendre pour bipolaires également des personnes qui ne se comportent pas comme nous. Très souvent, la schizophrénie peut prendre un masque différent en fonction de la culture et en fonction de l'époque. Autrefois, on parlait de la machine à penser de Tausk ; certaines personnes étaient persuadées qu'on avait mis une machine à penser dans leur cerveau qui leur envoyait des pensées, c'est ce que l'on appelle l'automatisme mental. Quand j'étais interne, c'était un petit peu plus technologique, un patient m'expliquait qu'on lui avait greffé un magnétophone entre la pie-mère et la dure-mère… Et maintenant on voit des patients qui nous parlent de réalité virtuelle, avec des hommes

mais a-t-elle un avenir ?

était reçu à l'émission La Grande Table des idées, sur France Culture,
la folie avant la psychiatrie (Odile Jacob), ouvrage qu'il codirige avec Boris Cyrulnik.
des conférences de santé et auteur de plusieurs articles dans notre revue.
émission à la suite de son article sur le sommeil. En voici la transcription,
pour les réponses du médecin que pour le questionnement subtil de son interrogatrice.

augmentés, et qui entendent des voix parce qu'on a implanté un logiciel dans leur cerveau… L'habillage est culturel mais la maladie est la même.

Alors justement, maintenant que nous avons l'imagerie cérébrale, que les neurosciences ont réponse à tout, que nous disent-elles de la folie ? Qu'est-ce que ça nous permet de voir ?
▶ Là encore, tout dépend de ce qu'on appelle folie. Si l'on prend le prototype de la folie qui s'appelle la schizophrénie, qui cause généralement des délires de persécution, des hallucinations, parfois des comportements extravagants, souvent un repli, il est clair que l'imagerie médicale peut donner, en effet, des preuves qu'un schizophrène est quelqu'un dont le fonctionnement de ce qu'on appelle le lobe préfrontal du cerveau est réduit. Nous sommes, quand on est en bonne santé, des animaux préfrontaux, c'est le propre de l'Homme, avec le libre arbitre, la créativité… Malheureusement, pour des raisons liées à leurs 18 premiers mois de vie, au cours desquels leurs neurones n'ont pas migré correctement jusqu'au préfrontal, certaines personnes développent des syndromes schizophréniques. Ces avancées assez récentes ne débouchent pas pour l'instant sur des prises en charge différentes, mais elles aboutissent à une meilleure compréhension des mécanismes intimes.

Et donc à une meilleure définition de la folie ?
▶ Pour moi, la folie c'est la souffrance. La souffrance que le sujet éprouve, parce que ce n'est pas agréable d'être en marge et d'être frappé d'ostracisme, et éventuellement en période de crise d'être massacré comme on l'a vu en France et en Allemagne au cours de la Second Guerre mondiale. Il faut comprendre que la souffrance peut être en moi, parce que je suis déprimé, mélancolique, schizophrène, paniqueur, que j'ai des tocs, etc. Mais parfois, pour un paranoïaque, la souffrance est projetée chez l'autre. Par exemple, quelqu'un qui a un délire de jalousie ou un délire érotomaniaque : ce n'est pas lui qui souffre, c'est l'entourage. Mais il y a toujours une souffrance et, s'il n'y a pas de souffrance, pour moi il n'y a pas de folie, en tout cas je n'ai rien à en dire parce qu'un médecin est là juste pour aider les personnes qui souffrent, sinon il est en dehors de sa mission.

Quand est-ce qu'on a vraiment commencé à « pathologiser » la folie, et à vouloir la médicaliser ?
▶ On retrouve déjà du temps d'Hippocrate des choses intéressantes. J'aime évoquer la première expertise psychiatrique légale de l'histoire. Il y avait un philosophe qui s'appelait Démocrite et qui habitait à Abdère. Les habitants d'Abdère ont saisi le plus grand médecin du temps, Hippocrate, en lui disant : « Ce mec ne va pas bien, il rit tout le temps. » Hippocrate a réalisé son expertise et a dit : « Le fou, ce n'est pas lui parce qu'il rit. En bon philosophe, il constate votre agitation stérile dans ce port d'Abdère ; tout le monde est agité, et bouge tout le temps. » Il a renvoyé les Abdéritains dans leurs 22. C'était donc quelqu'un qui se comportait différemment, qui riait de tout – je pense que c'était quand même un état maniaque, contrairement à Hippocrate – et cela inquiétait les gens. On retrouve régulièrement des analyses psychiatriques, par exemple du temps de Bagdad chez les Arabes : on décrivait parfaitement bien la mélancolie. Les premiers hôpitaux psychiatriques de l'histoire remontent, je crois, aux XIe ou XIIe siècles à Bagdad. C'est arrivé ensuite en Tunisie et en Espagne puis en France. Après l'Inquisition, par exemple, s'est beaucoup posée la question de la folie. Un inquisiteur n'était pas quelqu'un qui était arbitraire, il y avait un droit inquisitorial terrible, et le but était de "sauver l'âme des gens".


© E. Moyse, *Inquisition* (1872), Musée juif (New York).

Donc l'inquisiteur était un être rationnel, lui n'était pas fou.
▶ Il était parfaitement rationnel, parfaitement cohérent, peut-être un peu parano quand même, mais parfaitement logique. Leur problème était de distinguer les gens possédés, des fous. On leur amenait une femme, la malheureuse, qui avait des convulsions. À ce moment-là, ils avaient inventé avec une logique scientifique incroyable une technique de double aveugle, versus placebo. Ils prenaient des ossements de reliques consacrées, validées par le Vatican, et puis des ossements banals dans un cimetière, et un assistant, qui était aveugle par rapport aux ossements, passait les ossements devant la convulsionnaire, une "sorcière" qui avait des convulsions. Si elle convulsait devant n'importe quels ossements, c'est qu'elle était folle, et si elle ne convulsait qu'avec les reliques c'est qu'elle était possédée. Et là, c'était un *one way ticket* pour le bûcher.

Mais vous qui êtes l'auteur du livre *Le Mystère du placebo*, il y a eu beaucoup de traitements de la folie qui étaient tout de même bidons, qui reposaient presque sur des recettes de grands-mères, avec les pires mélanges possible, mais qui n'étaient pas traumatiques, comme on a pu le voir par la suite. Vous racontez comment on a commencé à médicaliser, à vouloir soigner le fou à partir du moment où il nous a inspiré de la peur, où la folie a inspiré de la crainte d'une certaine manière. Et il y a ce passé qui n'est pas aussi rose qu'on le dit. On enjolive beaucoup quand on raconte qu'avant les asiles il y avait toujours un fou dans le village, qui était libre de courir et qui était accepté comme tel, qui faisait partie du corps social. En fait, à travers toutes les descriptions que vous faites chapitre après chapitre, on se rend compte que certaines méthodes employées étaient extrêmement violentes. Les fous ont été chassés, ils ont été parfois emmurés… Toutes ces idées folles pour soigner la folie… Pouvez-vous nous en donner quelques-unes ?

► Notre société a une image romantique de l'idiot du village qui était bien toléré, qui était nourri, qui était un peu chaman éventuellement. Et en Afrique Noire, dans certains endroits, perdure cette image de l'halluciné qui est une espèce de dément à bonnes influences, qui va repousser les mauvaises, et on trouve très bien cette tolérance africaine à la folie. Sauf que certains confrères africains m'ont dit : « Vous nous faites rire vous les Occidentaux, parce que dans ces endroits si le fou devient un peu agressif et s'intéresse de trop près aux petites filles et aux petits garçons, on l'emmène dans la savane et il fait les beaux jours des vautours et des hyènes. » Ce n'est donc pas si rose. Il faut comprendre, et là-dessus je suis très "rené-girardien" dans La Violence et le Sacré, que dès qu'une société est en crise, il faut une victime sacrificielle, et en général c'est le fou qui est en première ligne. L'un des plus beaux exemples est l'histoire du pharmakeion à Athènes. Les pharmakeions étaient des personnes issues d'un élevage, où l'on mêlait des fous, des clochards, des esclaves en fuite, et qui étaient très bien traités Lorsqu'Athènes subissait un tremblement de terre, une peste, l'arrivée d'un ennemi, on prélevait un pharmakeion, on le juchait sur un char, où il était décoré, fêté, adulé. Le char passait devant une foule en liesse jusque dans les moindres recoins de la cité pour drainer les influences maléfiques et, lorsque ce char avait terminé cette promenade initiatique sous les vivats de la foule, le pharmakeion était soit sacrifié, soit banni : ce qui, dans la logique d'Athènes, était la même chose puisque le citoyen athénien était comme une abeille, il ne pouvait pas survivre loin de la ruche.

Vous avez évoqué l'exorcisme, on peut aussi parler de la castration ou encore des lobotomies, et ce n'est pas en Afrique, ça s'est passé ici.

► La lobotomie a été peut-être le dernier avatar, puisqu'il existe toujours des personnes vivantes qui ont été lobotomisées. Dans l'hôpital où j'ai travaillé pendant 25 ans comme chef de service, il y a des patients d'une soixantaine d'années, qui à 12 ou 13 ans ont été lobotomisés parce qu'ils n'étaient pas très sages à l'école. C'est une vie à l'asile dans le pire sens du terme… La lobotomie a été une horreur, c'était au petit bonheur la chance. Il ne faut pas oublier non plus les aspects financiers. Aux Etats-Unis, il y avait un psychiatre qui allait de ville en ville, comme le fameux docteur charlatan de *Lucky Luke*, et qui lobotomisait les gens avec un pic à glace, sans anesthésie. Il a quand même fini devant les tribunaux, mais il a amassé une fortune et tout ça sans trop de problèmes éthiques. Pendant la Seconde Guerre mondiale, les gouvernements, sous l'impulsion d'Hitler, ont fait mourir de faim 250 000 malades mentaux allemands et près de 50 000 malades français. Je dis bien "fait mourir" et pas "laissé mourir" : il y avait un désir d'Hitler de supprimer "les vies sans valeur de vie", les vies qui n'en valaient pas la peine. Il fallait donc supprimer les handicapés physiques et les malades mentaux, et même des héros de 14-18 ont été supprimés. En France, on a donné dans tous les hôpitaux une suralimentation à tout le monde, sauf, et c'était dans le texte, dans les asiles d'aliénés où ils sont morts comme des mouches. Le Vinatier, par exemple : sur 3 000 malades hospitalisés, 2 000 sont morts de faim.

Donc, de tout temps, mieux vaut ne pas naître, ou être, fou dans un monde de fous. Pour revenir à la démarche collective de cet ouvrage, pourquoi avoir voulu penser la folie avant la psychiatrie ?

► C'était pour montrer que le psychiatre n'est au fond que l'instrument d'une société qui souhaite se débarrasser, en période de crise, de ceux qu'elle considère comme inquiétants, déviants, en un mot "autres", *alienus*. Et pour bien montrer cela, on a voulu expliquer que les psychiatres sont presque un détail. Avant les psychiatres, l'Inquisition, le pharmakeion, des dizaines d'exemples montrent que les fous étaient maltraités. Il y avait aussi des choses plus souriantes, le baquet de Mesmer, c'était un peu une


© Marzolino / Shutterstock

escroquerie mais ce n'était pas méchant. Idem pour la phrénologie, c'était délirant de la part des neurologues de l'époque mais on n'était pas dans la maltraitance. Je ne suis pas en train de dédouaner les psychiatres, ils ne sont que l'instrument d'une société qui est quand même très "rejetante" vis-à-vis de la folie.

Sauf qu'aujourd'hui encore les psychiatres sont les savants de cette matière-là, et vous racontez aussi, à travers de nombreux exemples, que vous n'en savez souvent pas plus que nous.

► Ce n'est pas faux. Je pense qu'un psychiatre a deux missions. La première est de protéger les plus faibles parmi nos frères, parce que je considère que si une nouvelle situation

de crise se présente, même en France, il faudra les protéger. Il y a eu des héros, des justes si on peut dire : pendant la Seconde Guerre mondiale, en Allemagne notamment, l'Église catholique a protégé les malades mentaux. Beaucoup de prêtres et de pasteurs ont été massacrés pour cette raison. Des psychiatres, il n'y en a pas eu tellement par contre, quelques-uns en France, que j'ai retrouvés pour mon livre *Droit d'asiles*, un roman historique sur cette question-là. La deuxième mission consiste à soulager la souffrance, parce que la psychiatrie à mon avis a le même niveau scientifique et les mêmes résultats que toute la médecine. Il est bien rare en fait que la médecine guérisse : à part l'infectieux et la traumato, citez-moi une maladie que la médecine guérit ? L'hypertension, le diabète, l'ulcère chronique… On soulage toutes ces maladies. Un diabétique a une espérance de vie normale, tout comme les patients qui souffrent du syndrome d'apnées du sommeil, mais on ne les guérit pas, ils utilisent quand même toute leur vie une machine qui les aide à respirer la nuit.

Autrefois quand un schizophrène entrait à l'asile, c'était définitif, il n'en ressortait que les pieds devant, et encore il n'en sortait même pas puisqu'il était enterré à l'asile dans le cimetière des fous. Maintenant, un schizophrène passe l'immense majorité de son temps à l'extérieur avec un dispositif d'assistance. Sa vie n'est certes pas totalement épanouie, il va assez rarement se marier par exemple, mais il a une vie à l'extérieur. Ce n'est plus du tout le croupissement que l'on pouvait observer du temps de l'asile.

Donc à travers cette histoire de la folie, vous ouvrez aussi une réflexion sur le sens de la discipline et les bonnes pratiques appelées à renouveler la psychiatrie. Dans cet ouvrage collectif, vous signez un chapitre sur la théorie des humeurs. Je vais vous présenter un cas et on va voir si vous arrivez à le diagnostiquer. [Molière, *Le Misanthrope, Acte I, scène I.*]

PHILINTE - *Qu'est-ce donc ? Qu'avez-vous ?*
ALCESTE - *Laissez-moi, je vous prie.*
PHILINTE - *Mais encor, dites-moi, quelle bizarrerie…*
ALCESTE - *Laissez-moi là, vous dis-je, et courez vous cacher.*
PHILINTE - *Mais on entend les gens, au moins, sans se fâcher.*
ALCESTE - *Moi, je veux me fâcher, et ne veux point entendre.*
PHILINTE - *Dans vos brusques chagrins, je ne puis vous comprendre, Et quoique amis, enfin, je suis tout des premiers…*
ALCESTE - *Moi, votre ami ? Rayez cela de vos papiers.*
J'ai fait jusques ici profession de l'être ;
Mais après ce qu'en vous je viens de voir paraître,
Je vous déclare net que je ne le suis plus,
Et ne veux nulle place en des cœurs corrompus.

Est-ce qu'on a là un cas flagrant de mélancolie ?

▸ Je parlerais de misanthropie, c'est-à-dire de phobie sociale et pas nécessairement de maladie, parce qu'après tout il avait bien le droit : si je veux être anachorète, ou ermite, et vivre tout seul dans une grotte dans la montagne, j'en ai le droit, sans être qualifié de malade. C'est un peu le projet du misanthrope. Autrement, si ce n'est pas une phobie sociale, on pourrait considérer que c'est un retrait dû à un épisode dépressif, mais je n'y crois pas parce que je ne vois pas dans le misanthrope de signes de dépression. Je vois un type qui en a ras le bol de ses contemporains et qui a envie de prendre du recul. Pour moi, le misanthrope n'est pas malade.

Le misanthrope, ici incarné par Denis Podalydès de la Comédie française, le misanthrope ou l'atrabilaire amoureux. Qu'est-ce qu'un atrabilaire ?

▸ Il s'agit des monomanies, au temps d'Esquirol… À l'époque lointaine où la France était leader en matière de psychiatrie, on classifiait les maladies en fonction des monomanies. Il y avait la lypémanie, qui était une forme de dépression, et des monomanies érotiques, les idéalistes passionnés… La classification d'alors était quand même un peu plus poétique que le DSM ou


© Edvard Munch, *Melancholy* (1894)

le CIM-10 d'aujourd'hui. L'atrabilaire, c'est quelqu'un qui était dans la théorie des humeurs. En d'autres termes, il y a eu une stupidité sans nom depuis Hippocrate en passant par Aristote, Galien et pratiquement jusqu'à l'orée du XIXe siècle, qui s'appelait la théorie des quatre humeurs. Les Chinois n'ont pas fait mieux, ils avaient cinq humeurs. Donc toutes les maladies physiques ou psychiatriques provenaient d'un déséquilibre entre les humeurs. Les quatre humeurs comprenaient le sang, le flegme, la bile jaune et la bile noire. Les trois premiers existent effectivement, on parle de quelqu'un de flegmatique ou de sanguin, c'est resté dans le langage courant. Mais la psychiatrie, c'est-à-dire la bile noire, la *mélainè cholè*, la mélancolie, est une humeur qui n'existe pas. Vous allez dire que j'ai un vrai délire de persécution en tant que psychiatre, mais la maladie psychiatrique reposait sur un fondement inexistant. J'ai retrouvé des textes extraordinaires de descriptions de cette humeur goudronneuse, visqueuse, épaisse, s'écoulant lentement dans les canaux du corps, mais que personne n'a jamais vue. La mélancolie était l'apanage des gens tristes, déprimés. Mais Aristote, ou plutôt le pseudo Aristote, au IIIe ou IVe siècle après Jésus-Christ, avait eu un aphorisme génial : « La mélancolie est la punition de l'homme supérieur. » Il n'avait pas tout à fait tort puisqu'on sait maintenant que le trouble bipolaire est génétiquement associé

à l'intelligence et à la créativité : Mozart, Churchill, les plus grands de leurs époques étaient tous des bipolaires, des maniaco-dépressifs. C'est devenu très tendance à la Renaissance d'être mélancolique, et donc d'être né sous le signe de Saturne. Des gens comme Louis XI, Charles Quint, Marsile Ficin proclamaient leur mélancolie de manière à être considérés comme des hommes supérieurs. Et c'est vrai qu'un Louis XI était extrêmement brillant.



Wolfgang A. Mozart *Winston Churchill* *Louis XI*

Ou les grands peintres. Vous citez aussi Léonard de Vinci, Raphaël…

▶ Michel-Ange également, ces gens étaient de grands mélancoliques. D'autres adoptaient cette attitude par snobisme, c'était très chic d'être mélancolique, d'être né sous le signe de Saturne.

Cette conception plutôt positive de la mélancolie va-t-elle perdurer ou est-ce qu'on va arrêter d'essayer de soigner cette bile noire ?

▶ C'est resté, effectivement : "se faire de la bile", "être mélancolique"… On ne croit plus trop à l'ascendant saturnien des mélancoliques et des bipolaires mais ça a duré très longtemps, et pendant très longtemps on a essayé d'évacuer cette bile noire de ces malheureux mélancoliques. On en parle avec humour et détachement, mais il ne faut pas oublier que, pour les mélancoliques, malheureusement, le plus souvent la corde est au bout du chemin.

Une histoire de la folie et de ses folles idées qui peut nous permettre, à nous et à vous, psychiatres d'aujourd'hui, professionnels de nos cerveaux, de nos têtes et de nos humeurs, de réfléchir aussi à ce que peut être l'avenir de la psychiatrie. Aujourd'hui, la psychiatrie est un secteur paupérisé et en souffrance, c'est le diagnostic qu'en faisait encore récemment la ministre de la Santé Agnès Buzyn.

[– *Le problème c'est vraiment l'organisation, la démographie médicale, comment on forme de nouveaux psychiatres, comment on accède à des psychologues. Et puis il y a aussi une question de pratique en psychiatrie. Certains hôpitaux psychiatriques ne répondent pas malheureusement aux bonnes pratiques et sont mis en difficulté par les autorités quand elles viennent les visiter. Il y a une volonté ferme de mobiliser.*

– *Le cancer a avancé, et le Dr Khayat le dit encore aujourd'hui, ça a été rendu possible par cette mobilisation. Les psychiatres demandent la même chose, on les a entendus sur France Inter.*

– *Mais ça répondait en fait à de nouvelles pratiques et au progrès médical. La psychiatrie, c'est autre chose et ça nécessite que la psychiatrie revienne dans le giron de la médecine, se rapproche de la médecine qu'on appelle somatique, qui concerne les soins courants, parce qu'on a exclu la psychiatrie. D'ailleurs, les hôpitaux psychiatriques sont parfois en dehors des hôpitaux ou en dehors même des villes. Il faut une psychiatrie inclusive, complètement intégrée au système de santé et qui bénéficie des mêmes avancées.*]

Patrick Lemoine faut-il réintégrer la psychiatrie ? Est-ce que l'inclure comme un champ traditionnel de la médecine c'est enfin la normaliser ?

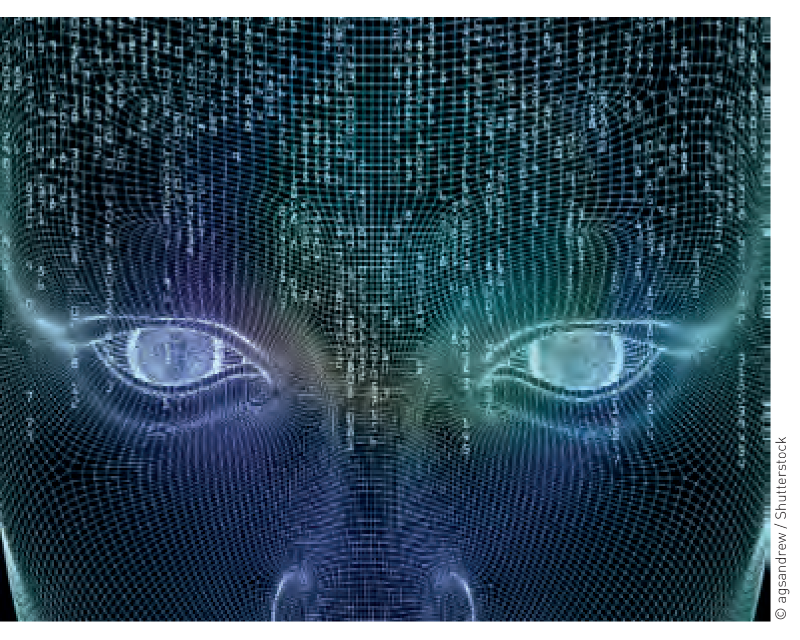
▶ Oui et non… J'ai énormément de respect et même d'admiration pour Agnès Buzyn et j'adhère à la majorité de ses propos dans cet extrait. Néanmoins, elle oublie une donnée démographique évidente. Elle dit : « La psychiatrie manque de moyens, on manque de psychiatres. » Sauf qu'en France on a deux à trois fois plus de psychiatres que dans tous les pays développés au monde. Allez en Suisse, en Allemagne, en Angleterre, aux États-Unis, en Italie… Partout il y a deux à trois fois moins de psychiatres qu'en France. Or, si partout ailleurs vous pouvez obtenir un rendez-vous dans un délai raisonnable de 8 à 15 jours, en France il faut parfois compter un an, voire pas de rendez-vous du tout.

Ce n'est pas parce qu'on a moins besoin de psychiatres ailleurs qu'en France… On est peut-être plus fous ou déprimés que les autres ?

▶ Non, ce n'est pas la question, l'épidémiologie est la même qu'ailleurs. Le problème, c'est que les psychiatres en France ne font pas de psychiatrie. Ils font de la psychanalyse, de la psychothérapie. Ce n'est pas leur job. La différence, l'exception française, une de plus, c'est que partout ailleurs, les gens qui ont des techniques efficaces comme les thérapies cognitives et comportementales, l'hypnose, la relaxation, toutes les techniques non pharmacologiques qui marchent, sont pris en charge par les mutuelles. En France, rien. Je plaide depuis des années pour que le gouvernement prenne un tout petit peu en charge les psychologues, qui sont remarquables et qui font de meilleures psychothérapies que les psychiatres. Pourquoi ? Parce que les psychiatres ont toujours en tête l'alternative du médicament. Quand on n'a pas cette tentation parce qu'on ne peut pas prescrire, on est forcément plus performant. Le jour où la Sécurité sociale comprendra que c'est dans son intérêt de prendre en charge les consultations des psychologues qui coûtent moins cher que celles des psychiatres, on s'apercevra que les psychiatres sont vachement nombreux et qu'il y en a bien assez. Il n'y a pas tellement besoin de moyens supplémentaires. Je vais me faire tuer par mes confrères, c'est pourtant ce que je pense. On est dans une situation que les psychiatres appellent « de double lien ». Par exemple en matière d'insomnie – c'est mon métier – ou d'anxiété, l'Agence de santé nous dit : « Il ne faut pas prescrire de médicaments, ça ne marche pas, c'est toxique et dangereux, il faut faire des thérapies cognitives et comportementales, de l'hypnose, de la relaxation… mais nous ne prendrons en charge que les médicaments, pas le reste. » Comment font les généralistes puisque les psychiatres sont inaccessibles parce qu'ils sont trop pris, et puisque les psychologues sont inaccessibles parce qu'ils ne sont pas pris en charge ? Ils prescrivent des médicaments et on retombe dans la même ornière.

Il y a peut-être une solution pour vous décharger un peu au quotidien et vous permettre de vous occuper des vrais malades, c'est peut-être de transférer une partie de vos patients vers les psys du futur. La psy du futur sera-t-elle virtuelle ? Désormais les patients pourraient être traités à distance grâce à un logiciel d'intelligence artificielle, se faire analyser par un psychologue virtuel. Merci les Américains. Extrait.

[*Bonjour, je suis Ellie. Merci d'être venu aujourd'hui. J'ai été créée pour parler avec les gens dans un environnement sûr et sécurisé. Je ne suis pas thérapeute mais j'aime apprendre à connaître les gens et j'aimerais beaucoup en savoir plus sur vous. Je vais vous poser quelques questions pour commencer. Sentez-vous totalement libre de répondre. Vos réponses resteront confidentielles. Quand est-ce que vous vous êtes senti heureux pour la dernière fois ?*
– Quand est-ce que c'était la dernière fois ? Je ne sais pas, je crois que c'était probablement il y a quelques mois.
– Je vous ai senti hésitant. Diriez-vous que vous êtes de manière générale une personne heureuse ?
– Je suis généralement heureux, c'est juste que ces derniers temps il y a des choses qui me dépriment.
– Pourriez-vous m'en dire plus là-dessus ?]


© agsandrew / Shutterstock

En quoi est-ce que cet extrait vous interroge ?

▶ Ça m'interroge tellement que j'ai même organisé un débat, une *battle* comme on dit aujourd'hui, pas plus tard qu'avant-hier autour de cette vidéo qui est extrêmement célèbre dans le milieu. On y voit effectivement une jeune femme, charmante au demeurant, qui pose les bonnes questions, les plus pertinentes, à un homme qui est un vrai malade. Il est équipé d'un logiciel de reconnaissance du visage capable de détecter immédiatement si le malade a une pulsion suicidaire ou s'il va péter les plombs. Il y a un système idéal dans le meilleur des mondes. Il est capable même de donner une bonne tape dans le dos virtuelle. Par exemple quand il dit : « I'm from Los Angeles » et que la réponse est : « Me too, I am from L.A. ! »

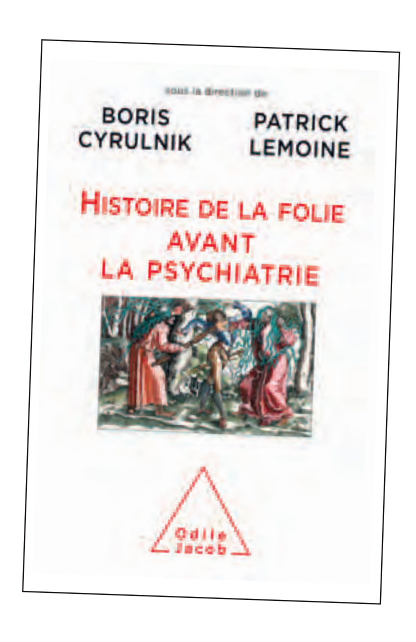
Qu'en est-il ressorti de cette *battle* ?

▶ Les psychiatres étaient un peu inquiets. Évidemment, il y a l'inquiétude de se retrouver au chômage, comme c'est le cas à chaque fois avec l'arrivée des robots, aux caisses des supermarchés par exemple. C'est un peu pareil pour les psys, il ne faut pas se voiler la face, il y a l'aspect financier et le chômage. Mais d'un autre côté, ce qui m'inquiète c'est qu'une enquête de satisfaction menée auprès des patients qui sont passés devant ce robot virtuel a montré qu'ils étaient unanimement contents. Pour moi, c'est la preuve que c'est mauvais, parce qu'un psychiatre doit avoir deux caractéristiques : d'abord toute prise en charge doit être inventée, si c'est une répétition ça ne fonctionne pas, et puis un psychiatre est quelqu'un qui sait frustrer et dire non. Quand un patient n'est pas très content en me quittant, je me dis que j'ai fait un assez bon boulot.

Autre question, celle de la collecte des données à travers ces psys virtuels, ce que raconte très bien l'un des co-auteurs de cet ouvrage collectif, Stéphane Mouchabac. *Big Doctor* ou *Big Brother*, où iront toutes ces informations a priori confidentielles quand on les porte dans l'oreille d'un psy ?
Vous évoquez l'importance de réformer la psychiatrie aujourd'hui, vous parlez tous d'une nécessaire évolution, alors comment inventer une histoire de la folie après la psychiatrie ? Quelle sera la nouvelle page à écrire ?

▶ Je pense qu'il faudra quand même s'aider de l'intelligence artificielle, ce sera une aide parce qu'effectivement nous sommes faillibles et avoir une machine capable de détecter un risque de suicide est tout de même utile. D'un autre côté je pense qu'il va falloir que les psychiatres fassent comme les ophtalmologues et les rhumatologues et s'entourent de gens compétents. On a besoin de psychothérapeutes autour de nous. Et enfin il va falloir que les psychiatres arrêtent de faire confiance aux médicaments, qu'ils arrêtent de prescrire autant parce que le drame de la psychiatrie française, et là encore je vais me faire tuer par mes confrères, c'est la surprescription. ◩

(Transcription : Amandine Raymond)





https://www.franceculture.fr/emissions/la-grande-table-2eme-partie/saison-27-08-2018-01-07-2019?p=8



Les Centres Ressource : d'accompagnement des

Les Centres Ressource sont des centres de prise en charge globale de la personne atteinte par un cancer et des aidants. Ils fonctionnent selon un mode associatif.

Leur objectif est de réunir des personnes touchées par la problématique du cancer dans un cadre bienveillant, accueillant, sécurisant et de leur proposer de mobiliser leurs ressources par des méthodes différentes en respectant les choix et le rythme de chacun.

Les Centres Ressource ne sont pas des centres de soin ; il n'y a pas de consultations médicales.

Le contexte

Le cancer est la première cause de mortalité en France. C'est un enjeu de santé publique majeur, économique et sociétal.

- 1 000 personnes par jour apprennent qu'elles sont atteintes par un cancer.
- 400 personnes décèdent par jour en raison du cancer (4 sur la route, 1,1 du sida)
- 40 % des cancers en France pourraient être évités.
- Le cancer représente la cause de 50 % des décès chez les moins de 68 ans.
- Plus de 3 millions de personnes vivent aujourd'hui avec un cancer ou en ont guéri ; 63,5 % souffrent de séquelles dues aux cancers et aux traitements *(étude VICAN 5)*

Le plan CANCER 3 2014-2019 rappelle dans l'article *Préserver la continuité et la qualité de vie*, qu'« être atteint d'un cancer c'est apprendre à vivre avec la maladie pendant, et le plus souvent, après les traitements ».

Etre atteint d'un cancer, c'est une épreuve difficile au plan physique et psychologique, ce qui s'accompagne de ruptures dans la vie sociale, professionnelle ou scolaire du fait de la maladie et de ses traitements.

Rappel sur l'historique des Centres Ressource

Le Dr Jean-Loup Mouysset, oncologue, installé à Aix-en-Provence, a lors de son cursus d'internat rencontré le Dr David Spiegel, médecin à Stanford (USA) ; il a effectué un stage à ses côtés.

Le Dr David Spiegel, psychiatre, est à l'origine de deux études, une en 1989, confirmée en 2007, qui montrent l'impact sur la qualité de vie des psychothérapies de groupe de type soutien-expression ; il note un doublement du temps de survie chez les patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique prises en charge par un groupe de soutien-expression. Les groupes de soutien-expression sont des groupes qui sont suivis sur plusieurs mois, à qui l'on propose de l'éducation thérapeutique sur leur maladie et qui peuvent exprimer leur ressenti à des professionnels formés pour cela, en particulier des psychologues.*

Le Dr Barbara Andersen a publié en 2008 une étude randomisée prouvant la même efficacité de cette prise en charge, avec une amélioration de la qualité de vie à 4 mois et une diminution des récidives dès 20 mois dans le groupe des femmes accompagnées par un programme de soutien psychologique par rapport au groupe de femmes laissées dans la vraie vie.**

Le Dr Mouysset a rapporté le concept en France et a créé en 2001 à Aix-en-Provence l'association Ressource, puis en 2005 un espace appelé "Petit Ressource", avant de déménager en 2011 dans le Centre Ressource actuel.

« C'est fort de notre expérience auprès du Pr David Spiegel, et de la connaissance des travaux du Pr Barbara Andersen, que nous proposons d'allier ces deux techniques au sein d'un même programme dit "d'Accompagnement Thérapeutique" en complément des soins anticancéreux conventionnels ». (Dr Jean-Loup Mouysset)

En 2016, est née une Fédération Nationale des Centres Ressource, qui comporte un comité scientifique auquel participent des oncologues et un comité éthique.


© stockfour / Shutterstock

Objectifs des Centres Ressource

Ressource a pour vocation d'accompagner les personnes atteintes de cancer (malades et proches) pour qu'elles deviennent actrices de leur santé et, par là-même, optimiser leurs chances de guérison.

Ressource est là pour aider le patient dans sa globalité et apporter un soutien aux proches, qui malgré leur dévouement souffrent d'une situation qui leur est imposée.



un concept original patients atteints de cancer

La charte éthique de la Fédération Nationale des Centres Ressource précise que le Centre Ressource a pour objectif d'aider la personne touchée par le cancer (malade et entourage) à devenir actrice de sa santé. Le Centre Ressource accueille tout patient sans conditions financières, homme, femme ou enfant, quel que soit le cancer et le stade de traitement.

Chaque centre est indépendant de toute structure médicale et sans attachement à une idéologie politique ou religieuse de quelque nature qu'elle soit.

Aucun Centre Ressource ne propose de soins anticancéreux.

Concept original des Centres Ressource

Ils comprennent deux axes :

- L'axe mieux-être propose des activités individuelles (socio-esthétique, massage…) ou en groupe (danse, musique, activité physique adaptée, ateliers nutrition, conférences…).

Il contient 5 pôles : les pratiques psycho-corporelles (sophrologie, réflexologie plantaire, méditation, yoga, art-thérapie…), le pôle activité physique adaptée (gymnastique douce, pilates…), le pôle nutrition (ateliers cuisine, conférences sur l'alimentation santé, le bio), le pôle image de soi (maquilleuse, coiffeuse, socio-esthéticienne…), le pôle social (difficultés financières, reprise de l'emploi…).

- L'axe de soutien psychologique, le PPACT (Projet Personnalisé d'Accompagnement Thérapeutique), qui vise à donner des atouts et des connaissances supplémentaires aux personnes atteintes du cancer.

Chaque séance dure 3 à 4 heures ; chaque rencontre comporte deux temps : un atelier d'acquisition de connaissances et de savoir-faire puis un groupe de parole thérapeutique basée sur l'expressivité des émotions et le soutien, la solidarité ; le programme dure un an, à raison de séances hebdomadaires pendant 4 mois, puis de séances bimensuelles pendant 8 mois.

Pour les aidants, il est proposé un cycle de 12 ateliers reconduits tous les 6 mois ; il s'articule autour de quatre axes : la gestion du stress, la communication relationnelle, les émotions, prendre soin de soi.

C'est ce programme qui fait l'objet d'évaluation et qui donnera lieu à des publications.

Fonctionnement des Centres Ressource

Il s'agit d'un fonctionnement associatif : association loi 1901 à but non lucratif, reconnue d'intérêt général.

Les intervenants du pôle mieux-être sont bénévoles ; il peut s'agir de patients ou de professionnels de santé.

Dans le pôle PPACT, les intervenants sont vacataires et rémunérés ; ils participent tous aussi au fonctionnement du pôle mieux-être en tant que bénévoles.

Les modes de financement se répartissent entre dons privés, dons institutionnels, cotisations des bénéficiaires, dons d'entreprises, subventions privées et publiques, partenariats, vente DVD et livres, événementiel.

Les cotisations des adhérents sont minimes (30 € par mois à Aix-en-Provence) mais peuvent être nulles si l'adhérent ne dispose pas de moyens financiers suffisants.

Une des règles des Centres Ressource est l'accessibilité à tous, indépendamment des revenus.

Les Centres Ressource en France

5 sont ouverts : Aix-en-Provence, Montélimar, Montauban, Reims et Paris.

2 sont en cours de création : Marseille et Lyon.

Le Centre Ressource Lyon ouvrira ses portes en mai 2019 ; il n'aurait pas pu ouvrir sans le partenariat de la MTRL et du Crédit Mutuel, qui se sont investis dans ce projet qui allie la prévention et l'éducation thérapeutique, valeurs chères au groupe ACM-MTRL, conquis par ses visites au Centre d'Aix-en-Provence.

Nous recherchons des bénévoles pour l'accueil et l'animation du centre, des intervenants en pratiques psycho-corporelles, des assistantes sociales et, bien-sûr, des financements.

Si vous voulez participer en tant que bénévoles, contactez l'association Ressource Lyon.

Si vous voulez participer financièrement, vous pouvez faire un don.

Si vous connaissez des entreprises potentiellement mécènes, n'hésitez pas à leur donner notre contact.

Dr Christelle Besnard-Charvet
présidente de l'association Ressource Lyon

Pour en savoir plus :
www.association-ressource.org/
page facebook : Centre Ressource Lyon

* Spiegel D, Kraemer H, Bloom J,Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. The Lancet, 1989, 2:888-91
** Andersen Bet al, Psychological intervention improves survival for breast cancer patients : a randomized clinical trial : Cancer 2008 ; 113 : 3450-8

L'assemblée générale de la MTRL

est fixée au mercredi 17 avril 2019 à 14 heures
à l'École normale supérieure de Lyon
46, allée d'Italie 69007 Lyon

Tous les adhérents sont invités à y participer.
Lisez bien tous les documents de vote.
Il est important de voter.

Au terme de l'assemblée générale, vers 16 h 30, vous pourrez assister à une conférence de santé sur le thème

Maladie de Parkinson : des raisons d'espérer


© Daisy Daisy / Shutterstock

animée par Sébastien Bohler, docteur en neurosciences, rédacteur en chef de la revue *Cerveau&Psycho*

Assemblée générale 2019 : posez vos questions !

Par e-mail à : mtrlinfocom@acm.fr ou grâce au coupon ci-dessous

Dans un objectif de bonne organisation, tous les adhérents souhaitant poser des questions à l'occasion de l'assemblée générale sont invités à le faire **par écrit uniquement**.
La MTRL répondra à toutes les questions. Merci de votre concours.

Nom : ....
Prénom : ....
Adresse : ....
Question posée : ....
....

À retourner avant le 2 avril 2019 à : MTRL 37, avenue Jean-Jaurès 69007 Lyon